

Klamidya pnömonisiyle ilişkili eritema nodozum

Erythema nodosum associated with *Chlamydia pneumoniae* infection

Mine DÜZGÖL, Ahu KARA, Nuri BAYRAM, İlker DEVRİM

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

ÖZ

Eritema nodozum çocukluk çağında oldukça ender görülen, kendi kendini sınırlayan, deri altı dokusunun otoimmün inflamatuvar hastalığıdır. Eritema nodozum izole bir hastalık olabildiği gibi, enfeksiyöz (streptokokkal farenjit, tüberküloz, Epstein Barr virüs enfeksiyonları, mantar enfeksiyonları) ve enfeksiyöz olmayan (sarkoidoz, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kollajen doku hastalıkları, bazı antibiyotikler, maligniteler) nedenlerle birlikte de ortaya çıkabilir. Klamidya enfeksiyonuna eşlik eden eritema nodozum çok enderdir. Bu makalede *Chlamydia pneumoniae*'nin eşlik ettiği eritema nodozum tanısı alan 10 yaşında bir olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Eritema nodozum, *Chlamydia pneumoniae*, pnömoni

ABSTRACT

Erythema nodosum is a very rarely seen, self-limited, autoimmune inflammatory disease of subcutaneous tissue in childhood. An erythema nodosum may be an isolated condition, as it may occur in both infectious (streptococcal pharyngitis, tuberculosis, Epstein-Barr virus, fungal infection), and in non-infectious conditions (sarcoidosis, inflammatory bowel disease, connective tissue diseases, antibiotics, malignancies). Erythema nodosum associated with Chlamydia infection is very uncommon. We report here the case of a 10-year-old patient with erythema nodosum associated with *Chlamydia pneumoniae*.

Keywords: Erythema nodosum, *Chlamydia pneumoniae*, pneumoniae

Alındığı tarih: 24.10.2015

Kabul tarihi: 06.12.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mine Düzgöl, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İnfeksiyon Ünitesi, 35000 İzmir
e-mail: mineduzgol@gmail.com

GİRİş

Eritema nodozum (EN) çocukluk döneminde ender görülen derialtı dokusunun inflamatuvar hastalığıdır. Pannikulitlerin en sık tipi olan EN'un çeşitli antijenik uyaranlara karşı oluşan tip 4 gecikmiş hipersensitivite yanıtı olduğu düşünölmektedir ⁽¹⁾. Lezyonlar subkutan yağ dokusunda meydana gelen ağrılı, sıcak, simetrik, eritematöz nodöllerdir. Patogenezinde başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere sarkoidoz, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kollajen doku hastalıkları, ilaçlar ve malignitenin neden olduğu hipersensitivite reaksiyonları rol oynamaktadır ⁽²⁻⁶⁾. Lezyonlar ülsere olmadan, iz bırakmadan kendiliğinden iyileşme eğilimindedir. Eritema

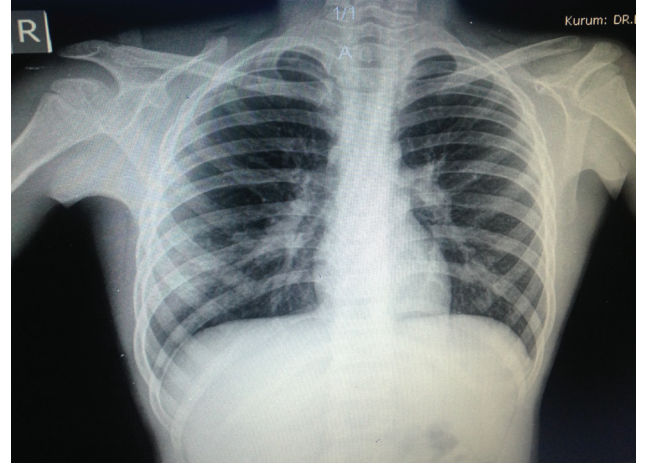
nodozumun *Chlamydia pneumoniae* enfeksiyonu ile olan birlikteliği literatürde ender olgu sunumları olarak bildirilmiştir ^(7,8). Bu makalede *C. pneumoniae*'nin eşlik ettiği eritema nodozum tanısı konulan 10 yaşında bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

On yaşında erkek hasta iki gündür sol tibia ön yüzünde başlayan kızarıklık ve ağrı yakınması olması üzerine hastanemize başvurdu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde ağrılığı ve boyu 50. persentilde, vital bulguları stabil, vücut sıcaklığı 36,7°C idi. Sol alt bacak ön yüzünde 4x5 cm olan yuvarlak ve üzerinde ısı artışı olan nodöller lez-



Resim 1. Olgunun başvurusu sırasında çekilen akciğer grafisi.



Resim 2. Hastada mediastende sağ akciğer alt lob superior segment subplevral alanda konsolidasyon, plevraya uzanan subsegmental atelektazi ile uyumlu lineer dansite ve çevresinde asinonodüler dansiteler.

yon izlendi. Bu bulgular ile olgu eritema nodozum olarak değerlendirildi. Etiyolojijik yönden incelendiğinde Hb: 12,3 g/dL, beyaz kan hücresi: 9740/mm³ (%60 polimorf nüveli lökosit, %30 lenfosit, %6 monosit, %4 eosinofil), trombosit: 296000/mm³ bulundu. Eritrosit sedimentasyon hızı: 37 mm/h, C-reaktif protein düzeyi 0,25 mg/dL bulundu. Karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin, serum elektrolit düzeyleri normal sınırlardaydı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Akciğer grafisinde (Resim 1) sağ hilusta dolgunluk saptanan hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT'de mediastende sağda bronkohiler loklizasyonda yaklaşık 2,5x2 cm boyutlarında lenfadenopati ile uyumlu nodüler dansite, üst mediastende rezidü timus dokusuyla uyumlu olabilecek prevasküler alanda izlenen yumuşak doku dansitesi, sağ akciğer alt lob superior segment subplevral alanda konsolidasyon, plevraya uzanan subsegmental atelektazi ile uyumlu lineer dansite ve çevresinde asinonodüler dansiteler saptandı (Resim 2). Bulguların pnömoni ile uyumlu olabileceği düşünülerek ampirik olarak sefuroksim ve klaritromisin tedavisi başlandı. Olası etkenlerin araştırılması açısından alınan tetkiklerde Tüberkülin deri testi anerjik olarak bulundu, olgunun abdomen ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Kan ve

idrar kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın açlık mide suyu örnekleri olası tüberküloz hastalığı açısından gönderildi, Tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) ve Ehrlich-Ziehl - Neelsen (EZN) boyaması negatif olarak geldi. Mikoplazma serolojisi ve Tularemi serolojisi negatif saptandı. Hastanın pnömonisine yönelik Multipleks PCR'da *Chlamydia pneumoniae*'nin pozitif geldiği görülmesi üzerine sefuroksim tedavisi kesildi. Tedavinin üçüncü gününde lezyonların tamamen gerilediği ve 1 hafta sonraki kontrolde ise hastanın klinik olarak tamamen düzeldiği görüldü.

TARTIŞMA

Eritema nodozum en sık tibianın ön yüzüne yerleşen iki taraflı deriden kabarık, ağrılı, kırmızı ve sıcak deri nodülleridir. Başlangıçta açık kırmızı renkteyken, birkaç günde mavimsi-mor, sonunda sarıyeşilimsi bir renge dönüşür. Lezyon ülserleşmez ve skar bırakmadan iyileşir. Hastamızda eritema nodozumun tek taraflı olarak tibia ön yüzünde saptanması ve simetrik olmaması dikkat çekmektedir.

Eritema nodozum genellikle erişkinlerde görülür. Çocuklarda ender olup, yaş gurubu olarak en sık 8-10 yaşlar arasında görüldüğü bildirilmektedir. Çocukluk

döneminde ise puberte öncesi cinsiyet farkı gözetmezken, adölesan dönemde kız çocuklarında daha sıktır. Bizim olgumuz 10 yaşında erkek hasta olup, klinik açıdan uygun yaş grubunda olduğu görülmüştür.

Eritema nodozum süresi erişkinlerde 3-6 hafta olarak bildirilmektedir. Çocuklarda bu süre daha da kısadır. Hastamızda lezyonun 3 gün içinde düzeldiği görülmüştür. Bu iyileşme sürecinin kısa olmasının nedeninin saptanan etkene yönelik erken dönemde başlanan antibiyoterapiye bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çocuklarda eritema nodozumun en sık nedeni Amerika ve Avrupa'da A grubu beta hemolitik streptokok (GAS) iken, dünyanın diğer ülkelerinde tüberküloz, GAS ve mantar infeksiyonlarıdır. Infeksiyon hastalıkları dışında sarkoidoz, Behçet hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, lösemi ve lenfoma gibi sistemik hastalıklar ve ilaçlar eritema nodozum gelişiminde antijenik uyarıcı olarak immunolojik reaksiyonu başlatmaktadır. Çocuklarda eritema nodozum nedenlerinin değerlendirildiği çalışmalarda, etiyojide ilk sırayı streptokok infeksiyonu alırken, tüberküloz, Epstein-Barr virus infeksiyonu ve inflamatuvar bağırsak hastalığı da sık rastlanan nedenler arasında sıralanmaktadır.

Türkiye'de eritema nodozum etiyojijiyeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Çelebi ve ark.'nın (9) yaptığı çalışmada, EN'un en sık nedeninin tüberküloz ve tularemi olduğu belirtilmiştir. Cengiz ve ark. (5) ise 2000 ile 2004 yılları arasında EN olan 10 çocuk hastada yaptıkları çalışmada, en sık nedenin streptokoksik infeksiyonlara bağlı olduğunu bildirmiştir. EN, grup A beta hemolitik streptokoklar, tüberküloz ve mantar infeksiyonlarıyla, coğrafik bölgeye bağlı olarak, *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia*, *Salmonella* ya da *Campylobacter* türlerine bağlı gelişebilmektedir (10). Eritema nodozumun diğer ender karşılaşılan etkenleri olarak *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Brucella melitensis*, Hepatit B virüsü (infeksiyon veya aşı sonrası), Epstein-Barr virüsü ve *Entamoeba histolytica* bildirilmiştir (5,6). Hastamızda

da herhangi bir semptom yokken radyolojik görüntüleme ile pnömoni saptanmış olup, gönderilen multipleks PCR tetkiki sonucunda EN nedeni olarak *C. pneumoniae* saptanmıştır. EN nedeninin tespit edilmesinde, önemli sistemik hastalıkların ekarte edilmesi açısından radyolojik görüntülemenin de önemli olduğunu bu olgumuzda görmekteyiz. Hastamızın radyolojik görüntülemeye saptanan bulgulara rağmen klinik olarak herhangi bir semptomunun (ateş, öksürük) olmaması da oldukça dikkat çekicidir.

C. pneumoniae özellikle 5 yaş üstü çocuklarda ve erişkinlerde alt solunum yolu hastalıklarına en sık yol açmakta iken, otitis media, meningoensefalit, artrit, myokardit glomerülofrit gibi klinik bulgularla da ortaya çıkabilmektedir (11).

Literatürde *C. pneumoniae*'nin eşlik ettiği eritema nodozum olgusu oldukça enderdir. Bir çalışmada 11 ve 17 yaşında pnömoninin eşlik ettiği *C. pneumoniae* saptanan eritema nodozum olgusu bildirilmiştir (12). Başka bir çalışmada ise eritema nodozum dışında başka bir klinik bulgusu olmayan, ılımlı seyreden, serolojik testler sonucunda *C. pneumoniae* tespit edilen erişkin bir olgu bildirilmiştir (13).

Hastalığın tanısı nükleik asit amplifikasyon testleri (PCR) veya etkenin hücre kültüründe üretilmesiyle konulmaktadır. Ancak çoğu zaman hücre kültüründe üretilmediği için günümüzde bu yöntem sık kullanılmamaktadır. Tanıda PCR tekniği infeksiyonun yalnızca erken dönemini değil, geç ve kronik dönemini de tespit edebileceği için daha sık kullanılmaktadır (14). Hastamızın tanısında da etkeni PCR tekniğini kullanarak saptadık.

Sonuç olarak eritema nodozum kendini sınırlayabilen bir hastalık olmakla beraber altta yatan nedenin bulunarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Etiyolojisinde streptokokal tonsillofarenjit, tüberküloz, salmonella gastroenteriti, sistemik inflamatuvar hastalıklar ve malignite ilk akla gelen nedenlerdir. Ancak eritema nodozumlu hastaların ayırıcı tanısında etkenin *C. pneumoniae* olabileceği de akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:325-361
<http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2001.114735>
2. Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. Erythema nodosum in children. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:17-21
<http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2001.110877>
3. Garty BZ, Poznanski O. Erythema nodosum in Israeli children. *Isr Med Assoc J* 2000;2:145-146.
4. Ergin H, Parlaz N, Ergin Ő, Demirkan N. Postreptokoksik septal pannikülit ve lökositoklastik vaskülit birlikteliği: Bir olgu takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51:48-50.
5. Cengiz AB, Kara A, Kanra G, Seçmeer G, Ceyhan M. Erythema nodosum in childhood: evaluation of ten patients. *Turk J Pediatr* 2006;48:38-42.
6. Mert A. Eritema nodosum: 9 yıllık deneyim. *Cerrahpaşa J Med* 2002;33:47-59.
7. Bergler-Czop B, Lis-Swiety A, Kamińska-Winciorek G, Brzezińska-Wcisło L. Erythema nodosum caused by ascariasis and Chlamydomphila pneumoniae pulmonary infection - a case report. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2009;57:236-238.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1574-695X.2009.00603.x>
8. Erntell M, Ljunggren K, Gadd T, Persson K. Erythema nodosum - a manifestation of Chlamydia pneumoniae (strain TWAR) infection. *Scand J Infect Dis* 1989;21:693-696.
<http://dx.doi.org/10.3109/00365548909021699>
9. Celebi S, Hacimustafaoglu M, Yuceer MB, Aygun FD, Yenigul C. Cocuklarda Eritema Nodosum. *J Pediatr Inf* 2011;5:136-140.
<http://dx.doi.org/10.5152/ced.2011.47>
10. Garcia-Porrúa C, González-Gay MA, Vázquez-Caruncho M, et al. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis Rheum* 2000;43:584-592.
[http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(200003\)43:3<584::AID-ANR15>3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(200003)43:3<584::AID-ANR15>3.0.CO;2-6)
11. Principi N, Esposito S. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae cause lower respiratory tract disease in paediatric patients. *Current Opinion in Infectious Disease* 2002;15:295-300.
<http://dx.doi.org/10.1097/00001432-200206000-00013>
12. Erntell M, Ljunggren K, Gadd T, Persson K. Erythema nodosum-a manifestation of Chlamydia pneumoniae (strain TWAR) infection. *Scand J Infect Dis* 1989;21:693-696.
<http://dx.doi.org/10.3109/00365548909021699>
13. Haugen O, Ritland S, Iveland H. Erythema nodosum in Chlamydia pneumoniae infection. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1991;111:1369-1370.
14. Schachter J. Chlamydial infections, *West J Med* 1990;153: 523-534.