



Tanınız nedir?

What is your diagnosis?

Berna Aksoy, Orhan Eren*

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; VM Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, *Romatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye

Elli beş yaşında erkek olgu dermatoloji polikliniğine sağ kulakta iki haftadır devam eden kızarıklık ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Olgunun kulağında ağrı şikayeti mevcuttu ancak kaşıntı ya da akıntısı yoktu. Travma öyküsü yoktu. Hastanın öyküsünde bir aydır devam eden inatçı öksürüğü vardı ve akciğer enfeksiyonu ön tanısı ile çeşitli oral ve intramusküler antibiyotikler ile tedavi edilmeye çalışılmıştı ancak fayda görmemişti. Öksürüğün başlamasından iki gün sonra sol gözde kızarıklık gelişmişti. Hastanın göz kızarıklığı da topikal siklopentolat ve çeşitli antibiyotik damlalardan fayda görmemişti. Hastanın ayrıca hemorajik nazal akıntısı vardı ve iki hafta önce sinüzit tanısı konulmuştu. Hasta bu şikayeti için de çeşitli antibiyotikler ile tedavi edilmeye çalışılmış ancak hiç fayda görmemişti. Ek olarak hastanın her iki dizinde artralji mevcuttu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabet mevcuttu, metformin ve gliklazid kullanıyordu. Olgu hiç sigara içmediğini belirtti. Olgunun aile öyküsünde herhangi bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenede sağ kulakta eritem, ödem ve hassasiyet mevcuttu (Resim 1). İğne ile aspirasyonda herhangi bir sıvı ya da püy gelmedi. Olgunun ayrıca sol gözünde konjunktival hiperemi mevcuttu (Resim 2). Laboratuvar incelemelerinde beyaz küre sayısı 13200 / μ L (artmış nötrofil oranı %71,8 ve azalmış lenfosit oranı %19,5), sedimentasyon 82 mm/saat, C-reaktif protein 72,0 mg/L olarak tespit edilirken ANA, ANCA ve HLA-B27 negatifti. Akciğer grafisinde artmış bronşiyal gölgelenme vardı ve tanısız değildi (Resim 3). Sağ kulaktan yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde subkutan doku ve kıkırdak dokuda lenfosit ağırlıklı enflamatuvar hücre infiltrasyonu izlendi.

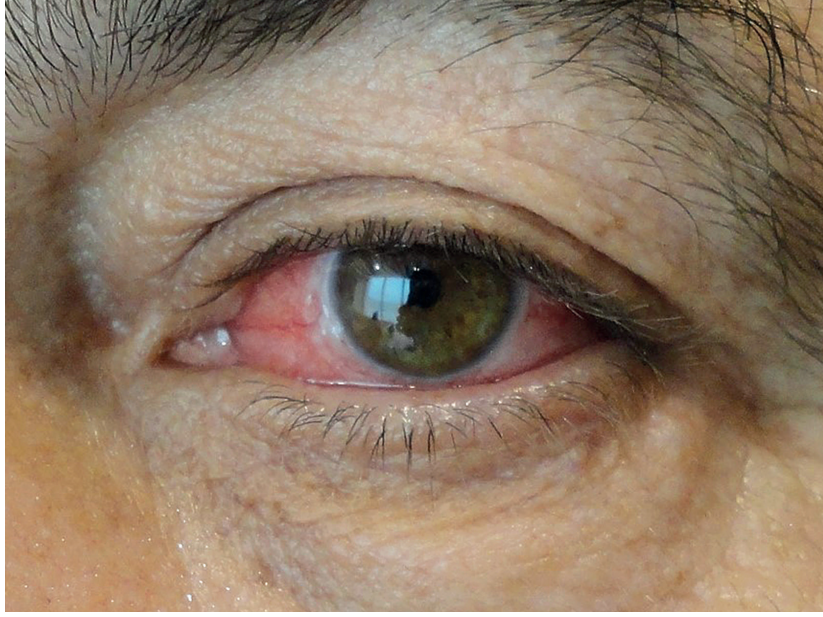


Resim 1. Olgunun eritemli ve ödemli sağ kulağının klinik görünümü

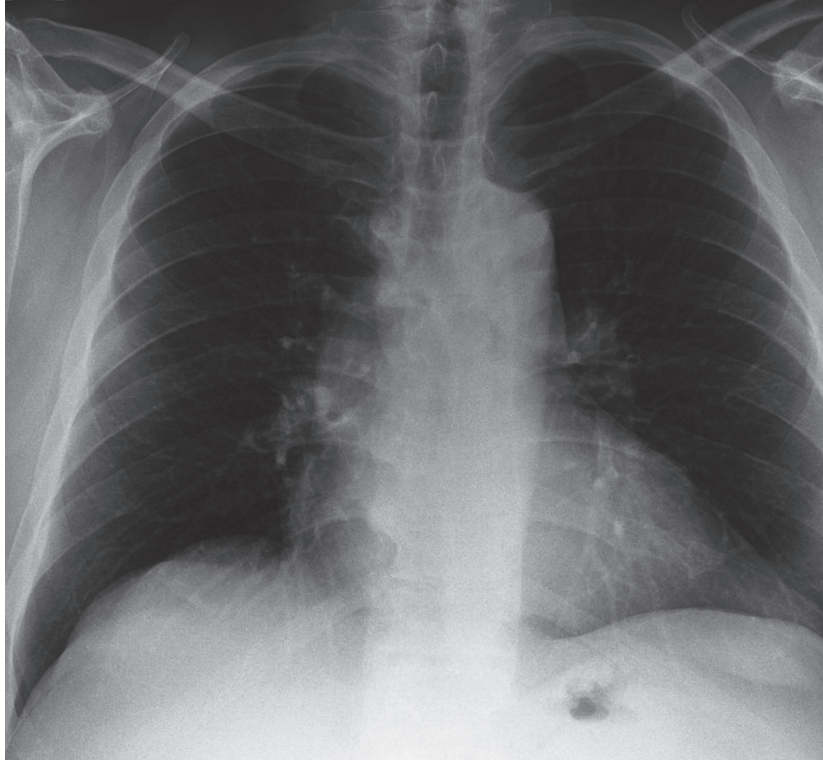
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Berna Aksoy, Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul; VM Medicalpark Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kocaeli, Türkiye Tel.: +90 532 666 56 34 E-posta: bmaksoy@mynet.com

Geliş Tarihi/Received: 18.01.2017 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.08.2017

ORCID ID: orcid.org/0000-0003-2346-1865



Resim 2. Olgunun sol gözünde konjonktival hiperemi



Resim 3. Olgunun akciğer grafisi

Olgunun tanısı

Tanı: Tekrarlayan polikondrit

Solunum bulgularına eşlik eden kırmızı ve şiş kulak ile kırmızı gözün ayırıcı tanısında çeşitli enfeksiyöz ve enflamatuvar hastalıkların yanı sıra tekrarlayan polikondrit mutlaka düşünülmelidir^{1,2}. Tekrarlayan polikondrit kıkırdaksı dokuların fibröz konnektif dokuya dönüştüğü, nadir görülen, enflamatuvar ve dejeneratif sistemik bir otoimmün hastalıktır^{3,5}. En sık tutulan kıkırdak yapılar kulaklar ve burnun elastik kartilajı, periferel eklemlerin ve trakeobronşiyal ağacın hiyalin kartilajı ve aksiyal iskeletin fibrokartilajıdır³. Göz de sıklıkla etkilenmektedir⁶. Etiyopatogenezde mikrobiyal ısı şok proteinleri ile kıkırdak arasında yapısal benzerliğin önemli olduğu öne sürülmüştür³. Tekrarlayan polikondritin tip 2 kollajene ve/veya matrillin-1'e karşı gelişmiş Th1 hücresel immün reaksiyon ve otoantikor gelişimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir³. Hastalık ani başlangıçlı ve tekrarlayıcı özelliktedir³. Hastaların %66,7-73'üne başlangıçta yanlış tanı konulduğu ve sonuçta tanının geciktiği bildirilmiştir^{3,6}. Kulak, burun, periferel eklemler ve göz tutulumu çeşitli araştırmalarda en sık bildirilen 4 klinik tabloyu oluşturur^{3,4}. Hastaların %30'unda eşlik eden sistemik vaskülit, bağ dokusu hastalığı, otoimmün bir hastalık veya hematolojik malignite bulunmaktadır³. Tekrarlayan polikondrit tanısı en az üç uyumlu klinik bulgu varlığında konulmaktadır ve tanısız bir test bulunmamaktadır^{3,4,6}. Tedavide non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, kolşisin, kortikosteroidler, metotreksat, dapson ve mikofenolat mofetil gibi birçok immünsüpresif ilaç veya biyolojikler kullanılmaktadır^{3,5}. Ölüm en sık enfeksiyöz ve kardiyovasküler problemler nedeni ile ortaya çıkmaktadır³. Mortalite oranı hastalık şiddetine ve hastalık başlangıç yaşına bağlı olarak %30-40 arasında değişir³.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: B.A., O.E., Konsept: B.A., Dizayn: B.A., Veri Toplama veya İşleme: B.A., O.E., Analiz veya Yorumlama: B.A., O.E., Literatür Arama: B.A., Yazan: B.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Türsen Ü, Türsen B: Göz Tutulumu Yapan Dermatolojik Hastalıklar. *Dermatoz* 2013;4:153-62.
2. Dereköy S: Dış Kulağın Enfeksiyöz Olmayan Enflamatuvar Hastalıkları. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics* 2011;4:9-14.
3. Kaçar N, Ergin Ş: Tekrarlayan Polikondrit. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2014;7:68-74.
4. Karadağ Ö: Yineleyici Polikondrit. *Türkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics* 2014;7:97-100.
5. Mathian A, Miyara M, Cohen-Aubart F, et al: Relapsing polychondritis: A 2016 update on clinical features, diagnostic tools, treatment and biological drug use. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2016;30:316-33.
6. Yoo JH, Chodosh J, Dana R: Relapsing polychondritis: systemic and ocular manifestations, differential diagnosis, management, and prognosis. *Semin Ophthalmol* 2011;26:261-9.