

## Eritema Nodosum Olarak Değerlendirilen Bir Tüberküloz Lenfadenit Olgusu

### A Case of Tuberculosis Lymphadenitis Evaluated as Erythema Nodosum

Pınar Yıldız<sup>1</sup>, Mustafa Yıldız<sup>2</sup>, Hüseyin Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Yunus Emre Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

#### Özet

Eritema nodosum, gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu olarak tanımlanan septal pannikülit olup, etyolojisinde enfeksiyonlar başta olmak üzere, sistemik inflamatuvar hastalıklar, maligniteler ve ilaçlar rol oynar. İç hastalıkları polikliniğine, alt ekstremitelerde bilateral yerleşimli çok sayıda sınırları belirgin ağrılı şişlik yakınmasıyla başvuran, lezyonlarını eritema nodosum olarak değerlendirdiğimiz ve etyolojiye yönelik araştırmasında tüberküloz lenfadenit saptadığımız 36 yaşında kadın hastayı sunduk. Gelişmekte olan ülkelerde, tüberküloz halen eritema nodosum etyolojisinde önemli bir etken olmaktadır. Bu olgu nedeni ile klinik uygulamalarımızda eritema nodosum etyolojisi araştırırken, tüberküloz açısından risk grubu dışında olan ve özellikle tipik yakınmaları olmayan hastalarda ekstrapulmoner yerleşimli tüberküloz enfeksiyonunun unutulmaması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Eritema nodosum, tüberküloz, aksiller lenfadenit

#### Summary

Erythema nodosum is a septal panniculitis defined as a delayed-type of hypersensitivity reaction, in which particularly infections, systemic diseases, malignancies and drugs play a role in the etiology. We present here a 36 years-old female patient admitted to our internal outpatient clinic with significant painful swelling on the upper extremities and whose lesions were diagnosed as erythema nodosum and then we found tuberculosis lymphadenitis with more detailed research. Tuberculosis is still an important factor in developing countries in the erythema nodosum etiology. We want to emphasize that; despite good socio-cultural situations and no typical clinical symptoms for tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis infection should be kept in mind while exploring the etiology of erythema nodosum.

**Key words:** Erythema nodosum, tuberculosis, axillary lymphadenitis

#### Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Pınar Yıldız

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**e-posta:** pinaresogu@gmail.com

**Geliş Tarihi:** 04.11.2015

**Kabul Tarihi:** 10.11.2016

#### Giriş

Eritema nodosum(EN), inflamatuvar nodüllerin en sık görülen tipidir, insidansı 1-5/100.000'dir.<sup>1</sup> EN, gecikmiş tip aşırı duyarlılık olarak da yorumlanan septal pannikülitir. Klinik olarak 1-10 cm çapında, palpasyonla hassas, ağrılı, eritemli subkutan nodüller tipik olarak bacak ön yüzünde bilateral yerleşirler ve 3-6 hafta içerisinde kendiliğinden, skarsız olarak iyileşir.<sup>2</sup> EN etyolojisi; enfeksiyonlar, inflamatuvar hastalıklar, maligniteler ve ilaçların yer aldığı oldukça geniş bir spektrum gösterir. Bununla birlikte, EN %32-72 oranında idiyopatiktir.<sup>3-6</sup> EN; enfeksiyöz,

inflamatuvar ve malignite başta olmak üzere dahili hastalıkların klinik pratiğinde tanıya yardımcı önemli bir cilt bulgusudur. Bu olguyla birlikte, ülkemizde pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz ile EN ilişkisinin unutulmaması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

## Olgu

36 yaşındaki kadın hasta her iki tibia ön yüzünde çok sayıda, sınırları belirgin, ağrılı şişlik yakınmasıyla iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın tıbbi öyküsünde, şikayetlerinden 10 gün önce vajinal enfeksiyon geçirdiği öğrenildi. Vajinal enfeksiyona yönelik ornidazol kullanım öyküsü olan ve tedaviden bir hafta da sonra bacaklarında şişlik gelişen hastada ilk olarak ilaç ilişkili EN düşünüldü (Resim 1). Hastanın öz ve soy geçmişinde kronik hastalık tanısı yoktu. Hastanın il merkezinde yaşadığı, iki sağlıklı çocuklu ve lise mezunu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde EN dışında anlamlı patolojik bulgu saptanmadı. Takip eden süreçte, hastanın yakınmalarının geçmemesi, ateş ve akut faz reaktan yüksekliği olması ve her iki aksiller bölgede ağrı ve bilateral solda daha belirgin ve en büyüğü yaklaşık 3cm, ağrılı, beraberinde ısı artışının eşlik ettiği lenfadenopati olması nedeniyle hasta yeniden değerlendirildi. Hastanın Hgb: 11,4 g/dL, MCV: 81 fl, Plt: 216.000/mm<sup>3</sup>, lökosit sayısı: 12.800/mm<sup>3</sup>, sedimentasyon: 88 mm/saat, CRP: 7 mg/dL, ANA: negatif idi. Hastaya purified protein derivative (PPD) testi yapıldı. PPD testi sonucu, 72. saatte 18 mm olarak ölçüldü. Hastadan eş zamanlı aksiller ultrasonografi (USG) tetkiki istendi. Hastanın yapılan USG'si; sol aksiller bölgede 40x24 mm çapındaki loküle sıvı koleksiyonunun, apse olabileceği düşünülmüş, beraberinde 36x26 mm heterojen yapıda iç hilusu belirginleşmiş lenf nodu (lenfadenit?) raporlanmıştır. Hastanın aksiller bölgesinde tespit edilen ağrılı apsesi genel cerrahi kliniği tarafından boşaltıldı ve kültür antibiyogram yapıldı. Aerob ve anaerob kültürlerinde üreme olmayan ve ağrılı şişlik yakınması yineleyen hastaya lenf nodu diseksiyonu ve beraberinde histopatoloji değerlendirilmesi yapıldı (Resim 2). Hastanın lenf nodu biyopsisi patoloji sonucunda; nekroz içeren granülomatöz iltihap, öncelikle tüberküloz lehine değerlendirildi. Hasta göğüs hastalıkları kliniği ile konsülte edilerek ekstrapulmoner tüberküloz tanısı konularak antitüberküloz tedavi başlandı.

## Tartışma

Pannikülitler klinik olarak birbirine benzeyen ağrılı eritematöz nodüller yaptıkları için EN pannikülitini diğer pannikülitlerle ayırıcı tanıya girmektedir. Bu nedenle, kesin tanı için deri ve deri altı dokusunu içine alan eliptoik deri biyopsisi yapılması önerilmektedir. EN'da klasik histopatolojik bulgu, vaskülsiz akut septal pannikülitdir, ancak klinik olarak da tanısı kolay konulabildiğinden biyopsi yapılmadan da takip ve tedavi yapılabilir.<sup>2,7,8</sup> Biz de hastamızdaki cilt bulgularını eritema nodozum olarak düşündüğümüzden, bilateral tibia ön yüzde yerleşen simetrik ağrılı nodüller lezyonlara biyopsi yapmadık.

Etyolojisi belirlenen EN'lerin en sık nedeni enfeksiyonlardır. Değişik serilerde enfeksiyöz hastalıklar içinde genel olarak ÜSYE'ler ilk sırada yer almaktadırlar.<sup>5,9-10</sup> Adışen ve ark. 2008 yılında 72 hastayla yaptıkları bir çalışmada olguların %33,3'ünde enfeksiyöz patoloji tespit edilmiş, bunların içinde %23,6'sı ÜSYE ile uyumlu bulunmuştur.<sup>11</sup> Enfeksiyonların içinde, gerek ülkemizde gerekse gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz EN etyolojisinde halen önemli sıralarda yer almaktadır. Dünya

genelinde bu oran %2-20 arasında değişir.<sup>4,5,10,11</sup> Biz de, sosyokültürel düzeyi yüksek bir hastada EN etyolojisinde ekstrapulmoner tüberküloz tespit ettik. Olgumuz ve literatür bilgisi ile birlikte bir kez daha görüldü ki; Türkiye’de EN etyolojisine ait taramada tüberküloz akılda tutulmalıdır ve mutlaka dışlanmalıdır.



**Resim 1.** Bilateral tibia ön yüzde çok sayıda ağrılı eritemli nodüler lezyonlar

EN, Behçet Hastalığı(BH) tanı kriterleri içinde yer alan deri bulgularından biridir. Ülkemizde BH prevalansı yüksektir ve özellikle oral aftöz lezyonlar ile birliktelik gösteren EN etyolojisinde BH etyolojide ilk akla getirilecek tanılardan biridir. Adışen ve ark. nın EN etolojisine yönelik çalışmalarında, BH, olguların %18’inde tespit edilmiştir.<sup>10</sup> Yine inflamatuvar nedenlerden ülseratif kolit ve Crohn hastalığının deri belirtileri arasında EN yer almaktadır. Her iki hastalık EN’li olguların %4’ünden azında bulunmaktadır.<sup>4,11,12</sup>

Sarkoidoz da ülkemizde sıklığı net bilinmemekle birlikte, Avrupa ülkelerinde EN etyolojisinde önemli bir yere sahiptir.<sup>4-6</sup>

EN ile başvuran bir hastada etyoloji araştırılırken ilaçlar hemen her zaman dikkatlice sorgulanmalıdır. Özellikle antibiyotik ve analjeziklerin EN nedeni olduğu bilinmekle beraber, oral kontraseptifler, proton pompa inhibitörleri, lökotrien antagonistleri listede yer almaktadır.<sup>13</sup> Bizim hastamızda da öyküde vajinal enfeksiyon ve kısa süreli antibiyotik kullanımı mevcut olması nedeniyle, etyolojide ilk olarak ilaç düşünülmüş, ancak takip eden dönemde hastanın kliniğindeki değişim ve ileri araştırmalar neticesinde, aksiller tüberküloz lenfadenit tanısına ulaşılmıştır.



**Resim 2.** Sol aksiller 36\*26mm lenf nodunun diseksiyon sonrası makroskobik görünümü

## Sonuç

Eritema nodozum altta pek çok farklı sebebe bağlı bir cilt bulgusudur. Özellikle iç hastalığı pratiğimizde sistemik hastalıkların ilk işareti olabildiğinden EN etyolojisinde bulunan hastalıkların ve diğer nedenlerin araştırılması önemlidir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelere önemli morbidite sebeplerinden olan tüberküloz tanısının atlanmaması için tarama testleri arasında PPD deri testi planlanması, hastanın ve tüberküloz ilişkili risk faktörlerinin sorgulanması ve kuşkulu vakalarda ekstrapulmoner tüberküloz açısından göğüs ve enfeksiyon hastalıkları bölümleri ile birlikte değerlendirilmesi önemlidir.

## Kaynaklar

1. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician* 2007;75:695-70.
2. Mert A, Tabak F. Eritema nodozum. *Bilim Dialog* 1994;9:10-4.
3. White WL, Hitchcock MG. Diagnosis: erythema nodosum or not? *Semin Cutan Med Surg* 1999;18:47-55.
4. Garcia-Porrúa C, Gonzalez-Gay MA, Vazquez-Caruncho M, et al. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis Rheum* 2000;43:584-92.
5. Tay YK. Erythema nodosum in Singapore. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:377-80.
6. Atanes A, Gomez N, Aspe B, et al. Erythema nodosum: a study of 160 cases. *Med Clin* 1991;96:169-72.
7. International Study Group for Behçet Disease. Criteria for diagnosis of Behçet disease. *Lancet* 1990;335:1078-80.
8. Kaplan EL. Rheumatic fever. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001:1340-3.
9. More Monreal J, Rodriguez de la Serna A. Erythema nodosum. Review of 68 cases. *Rev Clin Esp* 1983;171:405-8.
10. Adışen E, Seker U, Gurer MA. Eritema Nodozumda etyolojik faktörler. *Türk derm* 2008;42:113 -7.
11. Cribier B, Caille A, Heid E, Grosshans E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:667-72.
12. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkesen C, Ozturk R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand J Infect Dis* 2004;36:424-7.
13. Blake T, Manahan M, Rodins K. Erythema nodosum - a review of an uncommon panniculitis. *Dermatol Online J* 2014;20:22376.