

Bir Elefantiyazis Nostras Verrükoza Olgusu*

Cengiz SAYAN¹, Süleyman PIŞKIN²

ÖZET

Elefantiyazis nostras verrükoza, alt ekstremitelerde, tekrarlayıcı kronik erizipel veya sellülite, kronik venöz veya lenfatik staza bağlı olarak ortaya çıkan, ayak parmakları, ayak sırtı, ayak bileği ve daha seyrek olarak kruris derisinde aşırı kalınlaşma ve verrüköz plakların gelişmesi ile karakterli bir sekonder lenfödem tablosudur.

Bu yazımızda 45 yaşında erkek hastada görülen ileri derecede bir elefantiyazis nostras verrükoza olgusu sunulmakta ve lenfödem etyolojisi gözden geçirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Elefantiyazis nostras verrükoza.

SUMMARY

AN ELEPHANTIASIS NOSTRAS VERRUCOSA CASE

Elephantiasis nostras verrucosa is a secondary lymphedema seen in lower extremities due to recurrent chronic erysipelas, cellulitis, chronic venous or lymphatic stasis and leads to excessive thickening and verrucous plaques on toes, dorsal side of the foot, ankle and rarely on cruris.

In this article, a 45 year old male case of an elephantiasis nostras verrucosa is presented and the etiology of lymphedema is investigated.

Key words: Elephantiasis nostras verrucosa.

Lenfödem, interstisyel doku sıvısının lenfatik damarlarca yetersiz drenajına bağlı olarak, ekstremitelerde şişmenin meydana geldiği kronik bir olaydır (1).

Elefantiyazis nostras verrükoza, alt ekstremitelerde, tekrarlayıcı kronik erizipel veya sellülite, kronik venöz veya lenfatik staza bağlı olarak ortaya çıkan, ayak parmakları, ayak sırtı, ayak bileği ve daha seyrek olarak kruris derisinde aşırı kalınlaşma ve verrüköz plakların gelişmesi ile karakterli bir sekonder lenfödem tablosudur (2).

OLGU

S. G., 45 yaşında, erkek, çiftçi. Polikliniğimize sol bacak ve ayakta şişlik, şekil bozukluğu, koku, akıntı ve yürümekle ağrı yakınmasıyla

başvurdu. Hastada, 3 yaşında düşme sonucu sol bacağına yara, ardından bacağına şişlik, kızarıklık, ağrı olmuş. Bunu takiben bacağına giderek ilerleyen şekil bozukluğu ve şişlik gelişmiş. Bacağından, adını bilmediği bir operasyon geçiren hasta, bugüne kadar çeşitli tedaviler görmüş, fakat bir yarar görememiş. Hastanın öz ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Dermatolojik muayenesinde, sol bacak, diz altından ayak tabanına kadar ödemli, deri sklerotik ve yer yer hiperpigmente idi. Bacakta hipertrofik, ağaç kabuğu görünümünde multipl nodüller ve kötü kokulu bir akıntı vardı. Ayak parmakları üzerinde verrüköz görünümde, multipl papüler lezyonlar mevcuttu (Resim I, II).

Sistemik muayenesinde kalpte 1. ses sertti. Wheezing vardı. Akciğerlerde, sol orta zon ve

* Ankara, 2-5 Ekim 1995, XII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.

¹ Araş. Gör. Dr., T. Ü. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

² Doç. Dr., T. Ü. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

TABLO I. Lenfödemin sınıflaması (1).

A-Primer
1-Kongenital
2-Familyal (Milroy hastalığı)
3-Idyopatik
-Precox
-Tardum
-Plevral efüzyon ve sarı tırnaklarla seyreden şekil
B-Sekonder
1-İnfeksiyon
-Bakteriyel
-Filaryazis
-Viral (Kedi tırnağı hastalığı)
2-Radikal lenf nodu eksizyonu veya cerrahi skarlar
3-Malign infiltrasyon
4-Fibrozis
-Radyoterapi
-Staz
-Lokalize mikso-dem
-Pannikülit
-İdyopatik veya ilaçlara bağlı retroperitoneal fibrozis

bazalde kreptan raller, sağ bazalde sibilan raller mevcuttu; sol sinüs perküsyonla kapalı olarak değerlendirildi.

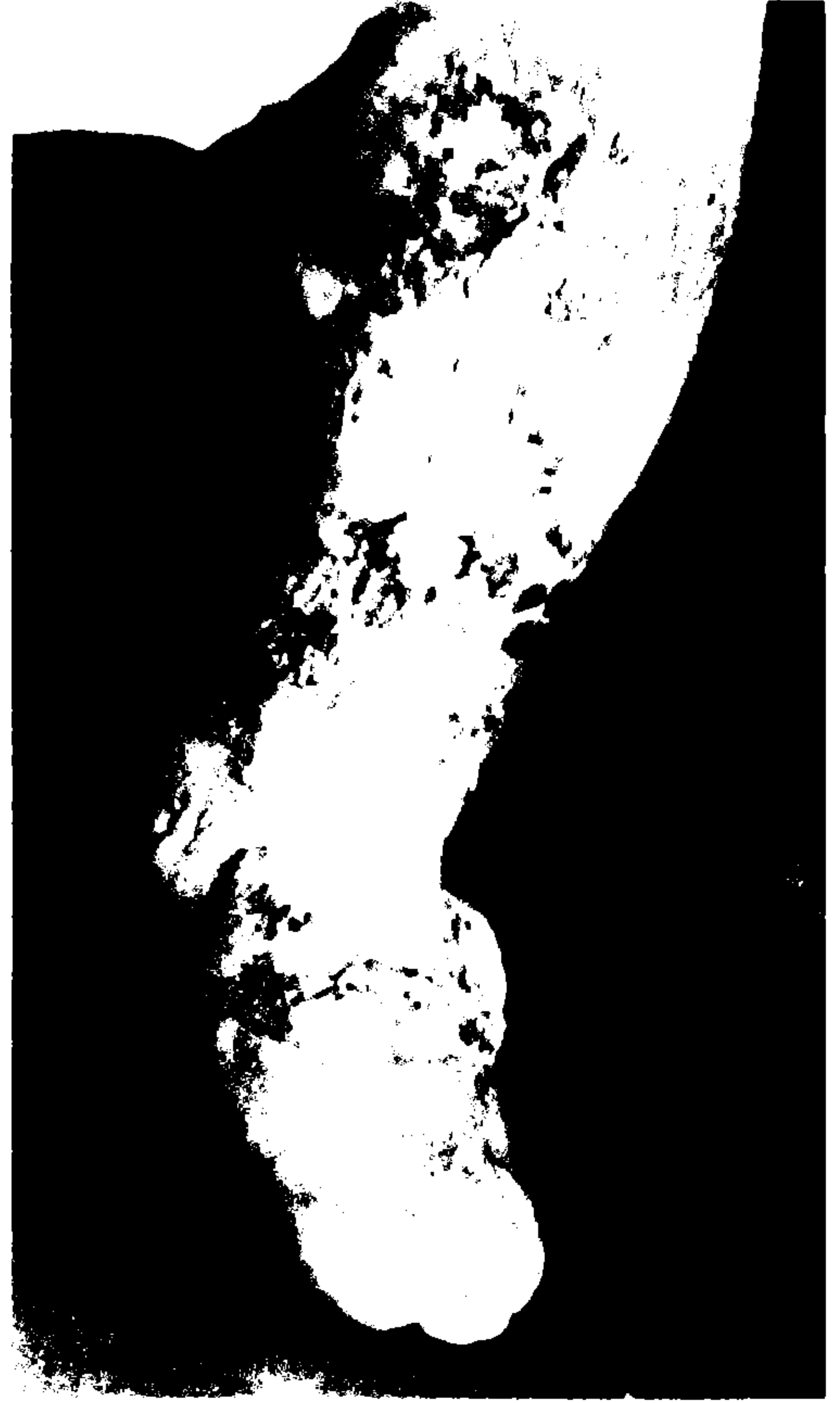
Laboratuvar bulgularında rutin biyokimya ve hemogram normaldi. Elektrokardiyografide atrial fibrilasyon, ekokardiyografide sol ventrikülde diastolik disfonksiyon, akciğer grafisinde retikülovarioler görüntü, sağ hilus dolgun, sağ parakardiyak bölgede nonhomojen konsolide alan, sol sinüs kapalı, kardiyotorasik oran artmış, sağ apekte havalanma azalmış olarak saptandı. Solunum fonksiyon testlerinde orta derecede restriktif ve obstrüktif fonksiyon bozukluğu tespit edildi.

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi konsültasyonunda operasyon önerilen hastada, operasyon öncesi yapılan tetkiklerde akut atrial fibrilasyon saptandı. Kinidin ile sinüs ritmine çevrildi. Akciğer grafisindeki bulgular nedeniyle istenen Göğüs Hastalıkları konsültasyonunda kronik bronşit saptanan hastaya tedavi verildi. Tedavi sonrası gözlem ve operasyon amacıyla kontrole çağrılan hasta kontrollere gelmedi.

TARTIŞMA

Lenfödem primer ve sekonder olarak iki ana gruba ayrılır. Primer lenfödemde bozukluk lenfatik kanallar veya duktusların yapılarına ait iken sekonder lenfödemde bu, hemen daima bölgesel lenf düğümlerindedir (3).

Primer lenfödemin en sık nedeni Milroy hastalığıdır (3). Sekonder lenfödem ise en sık infeksiyonlara bağlı olarak gelişir (1). Bu infeksiyonlar tropikal bölgelerde daha çok paraziter



RESİM I. Olgunun klinik görünümü.

(1, 4), diğer bölgelerde daha çok bakteriyel kökenlidir. Bazı malign hastalıklarda lenf nodlarına metastaz sonucu blokaj olur ve lenfödem gelişir (3, 5, 6). Erkeklerde prostat kanseri, kadınlarda genital neoplaziler ve lenfoma, en sık lenfödem sebebi malignensilerdir (5). Kaposi sarkomunda (6, 7), lenfogranüloma venereumunda (8), venöz trombozlarda ve lepralı hastalarda clofazimine kullanımı sonrasında (3) lenfödem gelişebilir. 40 yaşın üzerinde, tek yanlı, açıklanamayan bir lenfödem başlangıcı genellikle karın lenfatiklerini tutan bir neoplazmi düşündürür (9). Ayrıca bu malign hastalıkların tedavisi için yapılan ameliyatlara, radyoterapi v. b. girişimler sonrasında da lenfödem gelişebilir (3, 5, 6). Lenfödemin sınıflaması Tablo-I'de gösterilmiştir.

Olgumuz, tekrarlayan erizipel atakları sonrası gelişmiş bir sekonder lenfödem tablosu olup, klinik

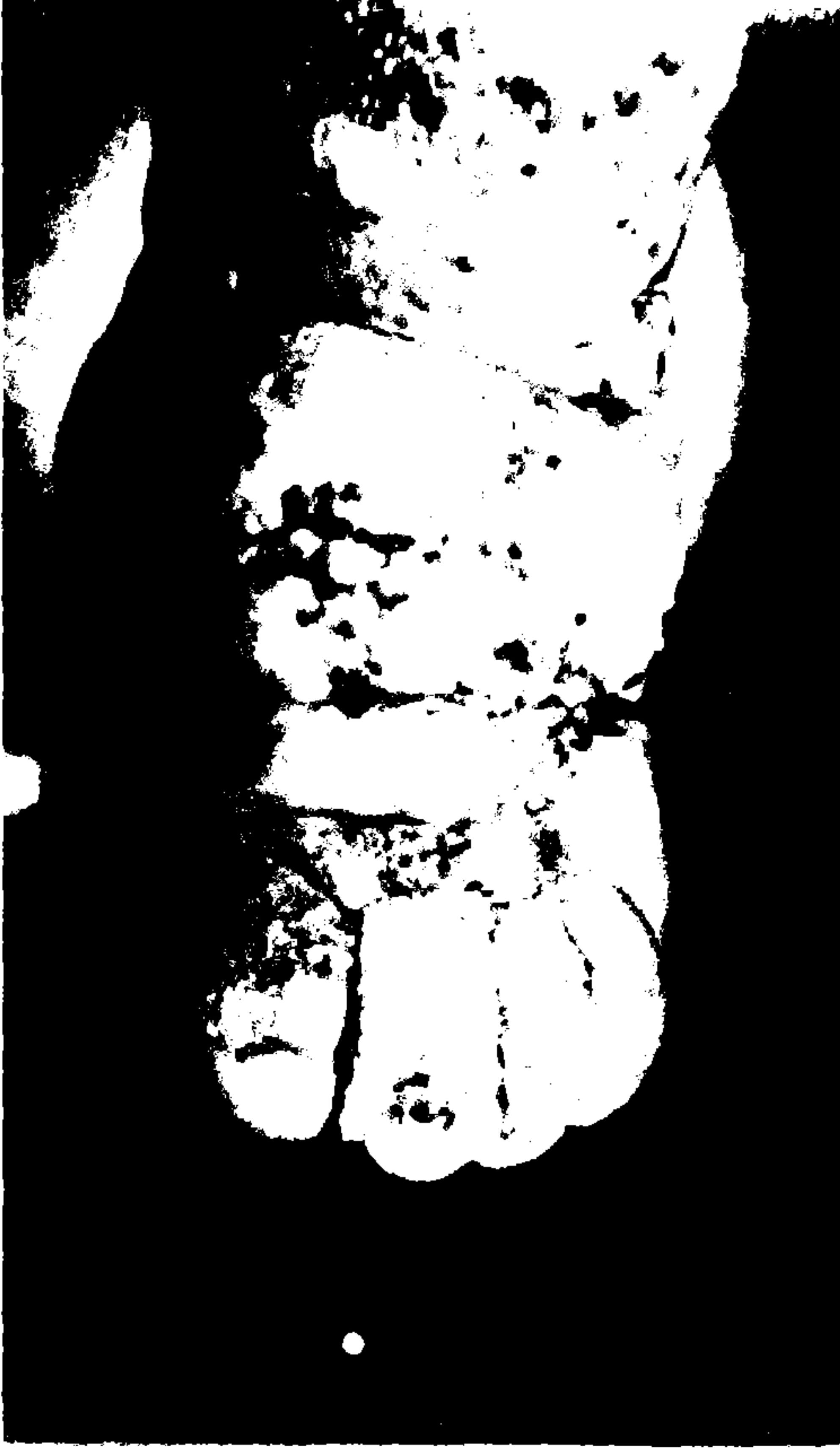
görünümü nedeniyle elefantiyazis nostras verrükoza olarak değerlendirilmiştir.

Lenfödemin patogenezi henüz tam açıklanamamıştır. Lenfatik obstrüksiyon, ekstrasvasküler dokunun protein içeriğini ve osmotik etkisini artırır. Protein artışı ve azalan lenf drenajı, lenf sıvısının birikimine sebep olur. Proteinden zengin ödem, bakterilerin üremesi için uygun bir ortam sağlar. Sonuçta, bu hastalarda rekürren olarak sellülit ve lenfanjit gelişir (6). Lenfödemin başlangıcında ekstremitenin distalinde yumuşama ve gode bırakan ödem varken, ilerleyen safhalarda gode bırakmayan ödem gözlenir. Deri incelmış, buruşmuş, kıl follikülleri belirginleşmiştir. Bazı hastalarda hiperkeratoz ve deri üzerinde ince kıvrımlı, düzensiz görünümlü figürler gelişebilir. Sekonder lenfödemde genellikle tek bir ekstremitte tutulmuştur (1, 6). Olgumuzda da tutulum sadece sol bacakta idi.

Lenfödemin tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemler denenmektedir. Elastik giysiler 30-60 mmHg arası basınçlarda gün boyu uygulanabilir (1). Elevasyon, tuzdan fakir diyet ve diüretikler tedavide fayda sağlayabilir. Pnömatik kompresyon cihazı tedavide kullanılabilir (1, 3). İntralenfatik steroid enjeksiyonları uygulanmış, fakat belirgin bir başarı görülmemiştir (3).

Cerrahi tedavi yöntemleri arasında ise eksizyonel operasyonlar ve drenaj operasyonları yer alır. Lenfovenöz anastomozlar, primer lenfödemde, sekonder lenfödemden daha az başarılıdır (1). Bir çalışmada, lenfovenöz anastomoz uygulanan 267 hastanın erken dönem takiplerinde %85, uzun dönem takiplerinde %70'e varan pozitif sonuçlar alınmıştır (10). Lenfatik greftler bazı hastalarda fayda sağlamaktadır (1).

Olgumuz etyolojik faktör, tutulum yeri ve klinik görünümü açısından bir elefantiyazis nostras verrükoza olgusu olarak değerlendirilmiştir.



RESİM II. Olgunun klinik görünümü.

KAYNAKLAR

1. Coffman JD: Cutaneous changes in peripheral vascular disease. In: *Dermatology in General Medicine*. Eds. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. New York, Mc Graw-Hill Inc. 4th edit. 1993, 2077-2104.
2. Arnold HL, Odom RB, James WD: Bacterial infections. In: *Diseases of the Skin*. Eds. Arnold HL, Odom RB, James WD. Philadelphia, WB Saunders Company, 8th edit. 1990, 268-317.
3. Alsirt FG, Bostancı S: Lenfödem ve tedavisi. *T Klin Dermatoloji*. 4: 47-52, 1994.
4. Harman RRM: Parasitic worms and protozoa. In: *Textbook of Dermatology*. Eds. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. London, Blackwell Publications, 4th edit. 1986, 987-1029.
5. Fario DT, Fivenson DP, Green H: Peripheral vascular diseases. In: *Dermatology*. Eds. Moschella SL, Hurley HJ. Philadelphia, WB Saunders Company, 3rd edit. 1992: 1145-1190.
6. Arnold HL, Odom RB, James WD: Cutaneous vascular diseases. In: *Diseases of the Skin*. Philadelphia, WB Saunders Company, 8th edit. 1990, 944-990.

7. Einfeldt H: Lymph drainage with secondary lymphedema caused by kaposi sarcoma. *Lymphology*. 16:10-13, 1992.
8. Krull EE, Beninson J: Circulatory disorders. In: *Dermatology*. Eds. Orkin M, Maibach HI, Dahl MV. Connecticut, Prentice-Hall International Inc. 1991, 294-313.
9. Övül C: Subkutan yağ dokusu hastalıkları. In: *Dermatoloji*'de. Eds. Tüzün Y, Kotogyan A, Saylan T. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1985, 539-552.
10. Krylov VS, Milanov NO, Abalmassov KG: Efficacy of lympho-venous anastomosis. *J Mal Vasc*. 13:335-337, 1988.