

# *Mycoplasma pneumoniae* İnfeksiyonuna Bağlı Eritema Multiforme: Vaka Sunumu

Meda KONDOLOT \*, Funda ÇİPE \*, Serap ÖZMEN \*\*, Zafer ARSLAN \*\*\*

## *Mycoplasma pneumoniae* İnfeksiyonuna Bağlı Eritema Multiforme: Vaka Sunumu

*Mycoplasma pneumoniae* (MP)'nin neden olduğu pulmoner infeksiyonlarda hastaların % 25 kadarına kutanöz reaksiyonlar eşlik edebilir. Solunum sistemi dışında; cilt, hematolojik, kardiyak, eklem, santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumlarının mikroorganizmanın direkt invazyonu ya da otoimmün mekanizmalarla gerçekleştiği düşünülmektedir. En sık görülen kutanöz reaksiyonu nonspesifik ekzantem olmakla birlikte eritema multiforme (EM) hastalık spektrumu ile yakından ilişkilidir. Bu yazıda MP'nin kutanöz bulgularından EM'yi anımsatmak ve antibiyotik tedavisine rağmen, bu tür respiratuvar sistem dışı komplikasyonların gelişebileceğini vurgulamak amacı ile bir vaka sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Eritema multiforme, *Mycoplasma pneumoniae*, etiyoloji

Çocuk Dergisi 2009; 9(1):46-48

## *Erythema Multiforme Due to Mycoplasma pneumoniae Infection: Case Report*

*Mycoplasma pneumoniae* (MP) causes cutaneous reactions in up to 25 % of patients with pulmonary infections. Extrarespiratory illness (skin, hematologic, heart, joints, central nervous system, and gastrointestinal tract) may involve direct invasion with MP or may involve autoimmune mechanisms. The most common cutaneous reaction due to MP is a nonspecific exanthem and MP has also been associated with erythema multiforme spectrum of disease. We presented a case to remind EM as one of the cutaneous reactions of MP infection and to emphasize antibiotic treatment may not decrease the risk of extrarespiratory complications.

**Key words:** Erythema multiforme, *Mycoplasma pneumoniae*, etiology

J Child 2009; 9(1):46-48

## GİRİŞ

Eritema multiforme (EM) her yaşta görülebilen, genellikle infeksiyonlara ve ilaçlara bağlı gelişen, deri ve müköz membranları tutan akut inflamatuvar hipersensitivite reaksiyonudur. Genelde kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte, Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekrolizise (TEN) kadar gidebilen bir spektruma sahiptir (1-3). Etiyolojide infeksiyöz etkenler içinde herpes simpleks virusu (HSV) özellikle de rekürren tiplerin en sık nedeni olarak bilinmesine rağmen, EM'nin ilişkili olduğu başka infeksiyon etkenleri de bilinmektedir. *Mycoplasma pneumoniae* (MP) bu etkenlerden biridir ve hastalar respiratuvar semptomları olsun ya da olmasın EM spektrumunda cilt bulguları

ile karşımıza çıkabilir. MP ilişkili cilt lezyonlarının patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır, ancak immün kompleks aracılı vasküler hasar, epitel hücrelerinin sitotoksik hasarı ve otoimmün mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır (4). Antibiyotik tedavisinin MP'nin bu tür komplikasyonlarını azaltıp azaltmadığı açık değildir (5), takibinde semptomatik tedavi esas olup, steroid tedavisi halen tartışmalıdır (1,5). Bu yazıda atipik pnömoni tedavisi tamamlandıktan bir hafta sonra EM lezyonları ile başvuran bir hasta sunulmuştur.

## VAKA

Yedi yaşında kız hasta, bir gün önce gövdesinden başlayıp kollarına, bacaklarına ve yüzüne yayılan, kırmızı, kaşıntılı döküntü yakınması ile getirildi. Daha önce benzer yakınması olmayan hastanın; yirmi gün önce birkaç gündür devam eden ateş, öksürük, halsizlik, baş ağrısı yakınması ile hastaneye başvurduğu, atipik pnömoni tanısıyla yatırılarak izlendiği, klaritromisin tedavisi aldığı öğrenildi. Başka bir ilaç kullanma öyküsü olmayan hastanın, özgeçmişinde üç yıldır remisyonunda ALL tanısı ile

**Alındığı tarih:** 11.09.08

**Kabul tarihi:** 03.01.09

\* Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Kliniği Pediatri Uzm.

\*\* Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Kliniği Pediatrik Allerji Uzm.

\*\*\* Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Kliniği Pediatrik Allerji Uzm. Doç. Dr.

takip edildiği, soygeçmişinde özellik olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açıktı. Vücut ısısı: 36,5°C, solunum sayısı: 24/dk, nabız: 96/dk, tansiyon: 100/60 mmHg idi. Ekstremitelerde, gövdede ve yüzde, büyüklüğü 0.5-1.5 cm olan makülopapüler döküntüler dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Mukozal tutulum yoktu. Takibinde ertesi gün tipik hedef lezyonlar dikkati çekti. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin:11 g/dL, lökosit: 8000/mm<sup>3</sup>, trombosit: 350000/mm<sup>3</sup> ve periferik kan yayması: % 82 polimorfonükleer lökosit, % 14 lenfosit, % 2 eozinofil ve % 2 monosit. Toksik granülasyon yoktu, eritrosit morfolojisi normaldi. Sedimantasyon: 20 mm/st, CRP:3.29 mg/dL, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri ve tam idrar tetkiki normal olan hastanın boğaz, idrar ve kan kültürlerinde üreme olmadı. HSV, Ebstein-Barr virus (EBV), *Cytomegalovirus* (CMV), Hepatit A, B, C, Human immunodeficiency virus (HIV), adenovirus serolojileri negatif olan hastanın, atipik pnömoni nedeniyle izlendiği dönemde bakılan laboratuvar tetkiklerinde; enzim immünoassay (EIA) yöntemiyle *Mycoplasma pneumoniae* IgM (+) olduğu tespit edildi. Klaritromisin tedavisi tamamlanmış olan hasta sistemik antihistaminik tedavisi ile semptomatik olarak izlendi. Takibinde on gün içinde döküntülerinin belirgin azaldığı görüldü. Hastada geçirmekte olduğu MP infeksiyonuna bağlı EM geliştiği düşünüldü.

## TARTIŞMA

EM, belirleyici deri lezyonları ile karakterize, bir akut aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Genelde kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekrolizise (TEN) kadar gidebilen bir spektruma sahiptir (1-4,6). On-otuz yaşları arasında sık görülür (6). EM etiolojisinde en önemli rol infeksiyonlar ve ilaçlarıdır (1,2,7-11). Etiyolojide infeksiyöz etkenler içinde HSV en sık görülür ve rekürrenslerin de nedenidir. *Mycoplasma pneumoniae*, A grubu *Streptococcus*, *Mycobacterium tuberculosis*, Hepatit A, B, C virusu, HIV, EBV, CMV, enteroviruslar, mantarlar ve parazitler diğer enfeksiyöz etkenlerdir (1-7,12,13). Atipik pnömoni geçiren hastamızda da MP infeksiyonuna bağlı EM geliştiği tespit edildi. Literatürde MP ilişkili büllöz EM, cilt tutulumu ile birlikte veya olmaksızın mukozit ve SJS vakaları bildirilmiştir (4,9,14). Hastamızda izlemde mukozal tutulum gelişmedi.

Antikonvülzanlardan; fenitoin, fenobarbital, karbamazepin, lamotrijin, valproik asit, antibiyotiklerden ise penisilinler, sulfonamidler, izoniazid, kinolonlar, sefaklor, TM-SMX başta olmak üzere pek çok ilaç EM ile ilişkili bulunmuştur. İlaç ilişkili EM genellikle ilaç alımından bir-üç hafta sonra ortaya çıkar. Diğer nadir EM nedenleri arasında; aşılama, lösemi, lenfoma, radyasyon, güneş ışığı, soğuk gibi etkenler sayılabilir (1-3,6,7,15).

Tipik deri bulgusu; eritematöz bir dış tabaka, iç kısmında soluk bir halka ve kırmızı-mor koyu renkli bir merkezden oluşan hedef lezyon olarak tanımlanır. Bununla birlikte lezyonların morfolojisi oldukça değişkendir; eritematöz makül, papül, vezikül, büll veya ürtiker benzeri plaklar şeklinde olabilir (6,16). Genellikle üst ekstremitelerin ekstansör yüzünden ani olarak başlayıp bacaklara, gövdeye ve yüze yayılabilen simetrik döküntülerle karakterizedir, yanma hissi veya kaşıntı olabilir. Mukozal tutulumun görüldüğü EM'de bu lezyonlara ek olarak bir veya daha fazla mukozal tutulum vardır. Sıklıkla oral mukoza tutulur, ancak göz (kemozis, lakrimasyon gibi) ya da genital bölge tutulumu da görülebilir. Başlangıçta ürtikere benzese de döküntüler 24 saat içinde solmaz ve aynı yerde sabit kalır. EM tanısı, belirleyici deri lezyonları ile klinik olarak konulabilmesine rağmen, bazı ürtiker ve vaskülit formları ile karışabilmektedir. Bu nedenle şüpheli vakalarda biyopsi yapılması ayırıcı tanıda yararlı olabilir (6). Hastamızda tipik cilt bulgularının varlığı ile tanı konuldu (Resim 1).



Resim 1. Gövdede tipik lezyonlar.

EM'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır, ancak antijenik bir uyarıya karşı hücre aracılı immün yanıtın oluşturduğu keratinosit hasarı olarak tariflenmiştir. Aktive mononükleer hücreler ve keratinositlerden salınan sitokinler epidermal hücre hasarına neden olabilmektedirler. Mikroskopik bulguları dermoepidermal lenfosit infiltrasyonu ve diskeratotik keratinositlerin görülmesidir <sup>(2,6)</sup>.

Ayrııcı tanıda; ürtiker, ürtikeryal vaskülit, ilaç reaksiyonu, Kawasaki hastalığı, pemfigus, SJS, TEN, fiks ilaç erüpsiyonu, Behçet hastalığı, linear IgA dermatozu düşünülmelidir <sup>(1,6)</sup>. EM'de lezyonlar genellikle iki hafta içinde sekelsiz olarak iyileşir, tedavi destekleyicidir. Antihistaminikler semptomatik rahatlama sağlayabilir ancak, hastalığın seyrini etkilemez <sup>(6)</sup>. Antibiyotik tedavisi MP infeksiyonu ve sekonder bakteriyel infeksiyon dışında gerekli değildir <sup>(1,4)</sup>. EM'de steroid tedavisi tartışmalıdır <sup>(1,17,18)</sup>. Düşük doz oral asiklovir'in HSV ilişkili rekürren EM de etkili olabildiği bildirilmiştir <sup>(6)</sup>.

Antibiyotik tedavisinin MP'nın respiratuvar sistem dışındaki komplikasyonlarını azaltıp azaltmadığı açık değildir. Sonuç olarak, hastamızda da atipik pnömoni tanısıyla klaritromisin tedavisi kullandıktan sonra EM gelişmişti bu da antibiyotik tedavisinin komplikasyonları önleyemeyeceği görüşünü destekliyordu.

## KAYNAKLAR

1. **Leaute-Labreze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb A.** Diagnosis, classification and management of erythe-

- ma multiforme and Stevens Johnson syndrome. Arch Dis Child 2000; 83:347.
2. **Ukşal Ü.** Çocuklarda görülen ilaç döküntüleri. Türk Dermatoloji Dergisi 2007; 1:15-20.
3. **Akman A, Alpsoy E.** Eritema multiforme, Steven-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekroliz (lyell Sendromu). Türkiye Klinikleri Acil Tıp Dergisi 2006; 2:6-15.
4. **Schalock PC, Dinulos JG, Pace N, Schwarzenberger K, Wenger JK.** Erythema multiforme due to Mycoplasma pneumoniae infection in two children. Pediatr Dermatol 2006; 23:546-55.
5. **Powel DA.** Mycoplasma pneumoniae. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia, USA: 2007: 1278-81.
6. **Morelli JG.** Erythema multiforme. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia, USA: 2007: 2685-87.
7. **Forman R, Koren G, Shear NH.** Erythema multiforme, Steven-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. Drug safety 2002; 13:965.
8. **Barutçugil B, Ünal Sarıkan G, Mansur T.** Terbinafin kullanımına bağlı eritema multiforme vakası. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2004; 14:227-30.
9. **Balamtekin N, Gülgün M, Ünay B, Sarıcı SÜ.** Bir lamotrijine bağlı eritema multiforme vakası ve literatüre bakış. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007; 16:194-7.
10. **Erdenen F, Canöz MB.** İlaç reaksiyonları ve allerjileri. Nobel Med 2007; 3:4-15.
11. **Ak Ö, Özer S.** İnfeksiyon yönüyle erythema multiforme ve Stevens-Johnson Sendromu: On vakanın irdelenmesi. Klinik Dergisi 2002; 15:92-4.
12. **Roujeau JC.** What is going on in erythema multiforme? Dermatology 1994; 4:249-50.
13. **Maquet J, Strull N, Quatresooz P, Bricteux G.** Erythema multiforme caused by a Mycoplasma infection: a case report. Rev Med Liege 2008; 63:6-10.
14. **Schalock PC, Brennick JB, Dinulos JG.** Mycoplasma pneumoniae infection associated with bullous erythema multiforme. J Am Acad Dermatol 2005; 52:705-6.
15. **Kaur S, Handa S.** Erythema multiforme following vaccination in an infant. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008; 74:251-3.
16. **Tuygun N, Tanır G.** Döküntülü hastaya yaklaşım. STED 2005; 14:26-30.
17. **Kakourou T, Klontza D, Soteropoulou F, Kattamis C.** Corticosteroid treatment of erythema multiforme major (Stevens-Johnson syndrome) in children. Eur J Pediatr 1997; 156:90.
18. **Rasmussen JE.** Erythema multiforme in children. Response to treatment with systemic corticosteroids. Br J Dermatol 1976; 95:181.