

Elefantiyazis Nostras Verrükoza

ELEPHANTIASIS NOSTRAS VERRUCOSA: A CASE REPORT

Dr. Nilgün SOLAK TEKİN,^a Dr. Tuna SEZER,^a Dr. Güven ÇELEBİ,^b
Dr. Rafet KOCA,^a Dr. H. Cevdet ALTINYAZAR,^a Dr. Saniye ÇINAR^a

^aDermatoloji AD, ^bİnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, ZONGULDAK

Özet

Elefantiyazis nostras verrükoza ender görülen, kronik, progressif, deformasyonla seyreden nonfilarial lenfödemle karakterize bir hastalıktır. Etkilenen bölgede ödem, jeneralize kalınlaşma ve likenifikasyon, kaldırım taşı görünümü ve verrüköz değişiklikler görülür. 59 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol bacak ve ayakta şişlik, şekil bozukluğu, kötü koku, akıntı ve ağrı yakınmasıyla başvurdu. Hikayesinden hastanın kimsesiz olduğu, sokaklarda yaşadığı, şikayetlerinin yaklaşık 5 yıldır sürdüğü ve daha önce tedavi almadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde sol ayak dorsalinde gode bırakmayan ödem, multipl verrüköz nodüller ve papüller, ayak parmaklarının dorsal yüzünde jeneralize kalınlaşma, kaldırım taşı görünümünde deri, sol pretibial bölgede hiperkeratitik papüller ve arada hiperpigmente sklerotik lezyonlar, her 2 bacakta variköz lezyonlar, sol ayak iç malleolde ve sol ayak dış malleol üzerinde 2 cm çapta, pürülan akıntılı ülserler, sağ ayak 1. tırnakta subungual keratoz ve diskolorasyon mevcuttu. Hastanın sistemik muayenesi normaldi. Laboratuvar bulgularında WBC: 5500/mm³, Hb: 11.1g/dl, sedimentasyon: 60 mm/saat, CRP: +++ bulundu; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri normaldi. Sol ayaktaki ülserden alınan kültürde metisiline duyarlı staphylococcus koagülaz (-) ve nonfermantatif gram (-) basil üretti. Sol ayaktan alınan mantar kültüründe üreme olmadı. İnfeksiyon hastalıklarının önerisi ile antibiyotik tedavisi başlandı. Ortopedi ve plastik cerrahi, osteomyelit dışlandıktan sonra cerrahi müdahale yapabileceklerini bildirdiler. Ancak hasta tedavisinin devamına imkan vermemekle hastaneden bilgimiz dışında ayrıldı.

Anahtar Kelimeler: Elefantiyazis, lenfödem

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007, 17:265-268

Abstract

Elephantiasis nostras verrucosa is a rare, chronic, progressive, deformative disorder characterized by nonfilarial lymphedema. Edema, generalized thickening, lichenification, cobblestone-like appearance and verrucous changes are seen in the affected area. 59-year-old man came to our department with the complaints of swelling in the left foot and leg, deformation, bad smelling, discharge and pain. It is learned that he is homeless, lives in the streets, has had his complaints nearly for 5 years and has not been treated before. On the dermatological examination there are nonpitting edema on the dorsum of the left foot, multiple verrucous nodules and papules, generalized thickening of the dorsal aspect of the toes, cobblestone-like skin, hyperkeratotic papules on the left pretibial area and between these papules hyperpigmented sclerotic lesions, varicose lesions on both feet, 2 cm diameter, purulent discharging ulcers on the medial malleol of the left foot and lateral malleol of the right foot, subungual keratosis and discoloration on the first nail of the right foot. The systemic examination of the patient is normal. WBC: 5500/mm³, Hb: 11.1g/dl, sedimentation: 60 mm/h, CRP: +++ have been found in the laboratory findings, liver and kidney function tests are normal. Metisiline sensitive staphylococcus coagulase (-) and nonfermentative gram (-) bacillus have grown in the culture of the left foot ulcer. There is no growing on the fungus culture of the left foot. Antibiotic treatment has been applied with the suggestion of infection department. Orthopedics and plastic surgery departments have informed that they can make a surgical operation if osteomyelitis is extracted. But the patient has left the hospital without informing us, so treatment has not continued.

Key Words: Elephantiasis, lymphedema

Elefantiazis nostras verrükoza (ENV) ender görülen, kronik, progressif, deformasyonla seyreden nonfilarial lenfödemle karakterize bir hastalıktır. Özellikle alt ekstremiteler olmak üzere kol, göğüs ve genital bölge gibi vücudun

değişik yerlerinde gelişebilir. Tekrarlayan erizipel veya selülit, kronik venöz veya lenfatik staza bağlı gelişen sekonder lenfödem tablosudur. Oluşan ödem elevasyonla gerilemez. Etkilenen alanlar unilateral veya bilateral genişler. Kalınlaşmış olan deri, verrüköz ve kaldırım taşı görünümüne sahiptir.¹⁻³

Geliş Tarihi/Received: 02.05.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.06.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Nilgün SOLAK TEKİN
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, Kozlu, 67600 ZONGULDAK
nilgunstekin@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007, 17

Olgu Sunumu

59 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol bacak ve ayakta şişlik, şekil bozukluğu, kötü koku, akıntı ve ağrı yakınmasıyla başvurdu. Hi-

kayesinden hastanın kimsesiz olduğu, sokaklarda yaşadığı, şikayetlerinin yaklaşık 5 yıldır olduğu ve daha önce tedavi almadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde sol ayak dorsalinde gode bırakmayan ödem, multipl verrüköz nodüller ve papüller, ayak parmaklarının dorsal yüzünde jeneralize kalınlaşma, kaldırım taşı görünümünde deri, sol pretibial bölgede hiperkeratozik papüller ve arada hiperpigmente sklerotik lezyonlar, her 2 bacakta variköz lezyonlar, sol ayak iç malleolde ve sol ayak dış malleol üzerinde 2 cm çapta, pürülan akıntılı ülserler, sağ ayak 1. tırnakta subungual keratoz ve diskolorasyon mevcuttu (Resim 1, 2). Hastanın sistemik muayenesi normaldi. Laboratuvar bulgularında

WBC: 5500/mm³, Hb: 11.1g/dl, sedimentasyon: 60 mm/saat, CRP: +++ bulundu; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri normaldi. Sol ayaktaki ülserden alınan kültürde metisilene duyarlı staphylococcus koagülaz (-) ve nonfermantatif gram (-) basil üredi. Sol ayaktan alınan mantar kültüründe üreme olmadı. Hastanın enfeksiyon hastalıkları, ortopedi ve plastik cerrahi bölümlerine konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile antibiyotik tedavisi başlandı. Ortopedi ve plastik cerrahi, osteomyelit dışlandıktan sonra cerrahi müdahale yapabileceklerini bildirdiler. Ancak hasta tedavisinin devamına imkan vermeyerek hastaneden bilgimiz dışında ayrıldı.

Tartışma

Elefantiyazis terimi klasik olarak *Wuchereria bancrofti* infestasyonuna bağlı gelişen deri değişikliklerini tanımlamak için kullanılır. Castellani 1934'te, non-filarial lenfödem yapan hastalıkları, tropikal bölgelerin lenfödematöz hastalıklarından ayırmak için nostras sıfatını kullanmıştır. ENV'da etkilenen bölgede ödem, jeneralize kalınlaşma ve likenifikasyon, kaldırım taşı görünümü ve verrüköz değişiklikler görülür. Bu klinik görünümü tanımlamak için elefantiyazis nostras verrükoza, elefantiazis verrükoza nostrum, elefantiyazis nostras, yosunlu ayak ve yosunlu bacak gibi terimler kullanılmaktadır.^{2,4-6}

Lenfanjitin en sık nedeni olarak görülen streptokokkal enfeksiyon ENV'nin gelişiminde önemli patojenik role sahiptir. Streptokoklar, sıklıkla tinea pedis enfeksiyonu sonrası oluşan interdigital fissürlerden girerek lenfatik damarlara penetre olurlar. Tekrarlayan lenfanjit atakları sonucu kronik lenfödem gelişir, bu durum lenfatik drenajı engeller ve obstruksiyona yol açar, bunun sonucunda dokularda proteinden zengin sıvı birikimiyle intersitisyel ödem ve kronik inflamasyon gelişir. Bu olaylar ekstremitelerde büyüme ve deformasyona neden olur, sonuç olarak dermal fibrozis gelişir.^{2,3,5}

Lenfatik damarların konjenital, travmatik veya cerrahi olarak hasarlanması, venöz staz, radyasyon, neoplastik obstruksiyon, portal hipertansiyon,



Resim 1. Sol ayakta ödem, jeneralize kalınlaşma ve likenifikasyon, kaldırım taşı görünümü ve verrüköz değişiklikler.



Resim 2. Lezyonların yakından görünümü.

obezite, konjestif kalp yetmezliği gibi birçok faktör hastalığa zemin hazırlayabilir.⁷

Elefantiyazis nostras tanısı anamnez ve elefantiyazise özgü deri değişikliklerine dayanır. Hastaların çoğunun öyküsünde streptokoklara bağlı lenfanjit atakları, travma, cerrahi veya radyasyon tedavisi bulunur. Klinik özellikler tanıda yetersiz kaldığında lenfanjiyografi ve patolojik incelemeye başvurulabilir. Malignensiye sekonder lenfatik blokajı ekarte etmek için, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans veya lenfanjiyosintigrafi gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir.^{2,5,8}

Bizim hastamız yıllardır sokaklarda kötü koşullarda yaşamaktaydı ve sosyal güvencesi yoktu. Muhtemelen, kötü hijyen koşulları ve ayakkabı giymemeye bağlı ayaklarında çeşitli enfeksiyonlar oluşmuştu. Bu enfeksiyonlara sekonder gelişen lenfanjit atakları, bize gelene kadar hiç tedavi almamış olması, karşılaştığımız klinik tabloyu açıklamaktaydı.

Histopatolojik olarak psödoepitelyamatöz hiperplazi, dilate lenfatik kanallar, kronik inflamasyon ve fibroblast proliferasyonu görülmektedir. Derinin verrüköz karsinoması veya papilomatozis kutis karsinoides, ENV'ye benzer morfolojik özellikler gösterir. Biyopsi bulgularıyla ayırım yapılabilir.⁹

Elefantiyazis nostras verrükozanın kronik venöz yetmezlik, pretibial miksödem, derin mantar enfeksiyonu ve tabi ki filariyazis ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (Tablo 1). Hastalara tropikal bölgelere

seyahat edip etmedikleri sorulmalı ve gerekirse mikrofilarya aranmalıdır.⁸ Bizim hastamızın arter, ven ve lenf sistemini değerlendirecek ileri tetkikleri yapamadık, çünkü hastaneden bilgimiz dışında ayrıldı. Ancak muhtemelen kronik venöz yetmezliği mevcuttu çünkü her iki bacakta variköz venleri vardı. Hastamızın ayağındaki akıntılı yaradan yapılan mikrobiyolojik incelemede, kültürde metisilene duyarlı staphylococcus koagülaz (-) ve nonfermantatif gram (-) basil üretti, mantar ve mikrofilarya araması negatif sonuçlandı.

Elefantiyazis nostras tedavisinin amacı hastanın yürüme fonksiyonlarını yerine getirmek, rekürren enfeksiyonları önlemek, fiziksel ve psikolojik sorunlarını azaltmak olmalıdır. Bu hastalık, çalışmayı zorlaştırdığı gibi, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyona da yol açabilir.²

Elefantiyazis nostras tedavisi zordur ve tatmin edici değildir. Castellani haftalık uyguladığı streptococcus aşısıyla başarılı sonuçlar rapor etmiştir. Etkilenen ekstremitenin elevasyonu, elastik bandajlar, pnömatik kompresörler, mekanik masaj gibi konservatif tedaviler direkt olarak lenfödem azaltmaya yöneliktir. Antimikrobiallar, diüretikler ve topikal ajanlar ödem ve enfeksiyonu azaltmak için kullanılır. Hiperkeratozik lezyonların tedavisinde topikal keratolitiklerin etkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde birkaç olguda sistemik retinoidlerin elefantiyazis nostrasta epidermal proliferasyonu, kollajen sentezini ve inflamasyonu azaltarak etkili olduğu doğrulanmıştır.^{2,5,9,10}

Tablo 1. Elefantiyazis nostras verrükozanın ayırıcı tanısında mevcut bulgular.

| Hastalık | Etken | Klinik | Diagnostik testler | Tedavi |
|--------------------------|---|---|---|--|
| Elefantiyazis nostras | Lenfatik obstruksiyon | Ekstremitelerde büyüme, ödem, verrüköz lezyonlar, kaldırım taşı görünümünde deri | Lenfangiogram histopatoloji | Elevasyon, elastik bandaj, pnöm kompresörler, antimikrobiallar, retinoidler, cerrahi |
| Filariyazis | Nematodlar (<i>W.bancrofti</i> , <i>B.malayi</i>) | Ağrılı ödem, lenfadenit, lenfanjit, deride inflamasyon, skrotum veya bacaklarda elefantiyazis | Seroloji, lenf nodu biyopsisi, mikrofilarya araması | Dietilkarbamazin benzopiron |
| Kronik venöz yetmezlik | İnkompetan venöz kapakçıklar | Ödem, staz dermatiti, ülser, varikoziteler | Trendelenburg testi, venogram, Doppler USG | Elevasyon, elastik çoraplar, ven ligasyonu, sklerozan ajanlar |
| Pretibial miksödem | Grave's hastalığı | Lokalize ödem, Grave's hastalığının diğer bulguları | Histopatoloji (dermiste musin) | Topikal steroidler, tiroid hastalığı tedavisi |
| Derin mantar enfeksiyonu | Funguslar | Ödem, inflamasyon, ülserler | Kültür, histopatoloji | Antifungal ajanlar, debridman |

Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi yöntemlere başvurulur. Lenfavenöz anastomoz, lenfatik anastomoz mikrocerrahisi ve lenfatik transplantasyon denenebilir ama bu yöntemlerdeki tecrübeler yeterli değildir. Verrüköz lezyonlarda cerrahi debridman uygulanabilir ve cerrahi debridmanın bazı olgularda sistemik retinoidlerle karşılaştırıldığında daha güvenli ve estetik açıdan kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir. Etkilenmiş ekstremitenin amputasyonu son yöntem olarak düşünülmelidir.^{2,3,6,9} Bizim hastamızda osteomyelit dışlandıktan sonra cerrahi müdahale planlanacaktı, ancak belki de hasta ayağının ampute edilmesinden korktuğu için hastaneden ayrıldı.

Elefantiyazis nostras verrukoza patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Erken tanı ve zamanında müdahale hastaların acısını azaltabileceği gibi ekstrem girişimleri de (ekstremitte amputasyonu gibi) önleyebilir. Bu şekilde hastaların hem fiziksel hem ruhsal fonksiyonları korunarak yaşam kaliteleri artırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sayan C, Pişkin S. Elefantiyazis nostras verrukoza. XII. Prof.Dr. A. Lütfü Tat Simpozyomu Posterler 1995;115-20.
2. Vaccaro M, Borgia F, Guarneri F, Cannavo SP. Elephantiasis nostras verrucosa. *Int J Dermatol* 2000; 39:764-6.
3. Sanders LJ, Slomsky JM, Burger-Caplan C. Elephantiasis nostras: An eight-year observation of progressive nonfilarial elephantiasis of the lower extremity. *Cutis* 1988; 42:406-11.
4. Baughman SA, Beninson J. Elephantiasis nostras: A case report. *Angiology* 1988;39:164-8.
5. Castellani A. Researches on elephantiasis nostras and elephantiasis tropica with special regard to their initial stage of recurring lymphangitis (lymphangitis recurrens elephantogenica). *J Trop Med Hyg* 1969;72:89-97.
6. Iwao F, Sato-Matsumura KC, Sawamura D, Shimizu H. Elephantiasis nostras verrucosa successfully treated by surgical debridement. *Dermatol Surg* 2004;30:939-41.
7. Schissel DJ, Hivnor C, Elston DM. Elephantiasis nostras verrucosa. *Cutis* 1998;62:77-80.
8. Rowley MJ, Rapini RP. Elephantiasis nostras. *Cutis* 1992;49:91-6.
9. Bargout R, Malhotra A. Lower leg edema and lichenification. Elephantiasis nostras verrucosa. *Postgrad Med* 2001;109:167-8.
10. Zouboulis CC, Biczó S, Gollnick H, et al. Elephantiasis nostras verrucosa: beneficial effect of oral etretinate therapy. *Br J Dermatol* 1992;127:411-6.