

Kronik Asemptomatik Soliter Nodül: Botriyomikozis

CHRONIC ASYMPTOMATIC SOLITARY NODULE: BOTRYOMYCOSIS

Dr. Gül ERKİN,^a Dr. Gonca BOZTEPE,^a Dr. Özay GÖKÖZ^b

^aDermatoloji AD, ^bPatoloji AD, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, ANKARA

Özet

Botriyomikozis nadir rastlanan kronik bakteriyel bir enfeksiyondur. Gram pozitif organizmalar özellikle de *Staphylococcus aureus* en sık etkenidir. İç organlarda görülebildiği gibi, sadece deride izole olarak da görülebilir. Klinikte drene olabilen plak, nodül, sinüs ağızları ile karakterize olan bu enfeksiyon, histopatolojik olarak granül yapıları nedeniyle miçetomalar ile benzerlik gösterir. Botriyomikozis çoğunlukla sağlıklı ve immün sisteminde bozukluk olmayan kişilerde görülmektedir. Burada nadir rastlanan bu hastalığın kronik nodüler lezyonların ayırıcı tanısında düşünülebileceğini belirtmek amacıyla bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Botriyomikozis, *Staphylococcus aureus*, piyodermi, miçetoma

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006, 16:190-193

Abstract

Botryomycosis is a rare chronic bacterial infection. Most cases are due to infection with Gram positive microorganisms and especially *Staphylococcus aureus*. It is mainly a cutaneous disease, however visceral forms could be observed. This infection which is clinically characterized with plaques, nodules or sinuses that could discharge purulent fluid, histopathologically resembles mycetoma due to the presence of granular structures. Botryomycosis is more common in otherwise healthy people who had no related immunologic disorders. Herein we report a case to underline that this disease should be included in the differential diagnosis of chronic solitary lesions.

Key Words: Botryomycosis, *Staphylococcus aureus*, pyoderma, mycetoma

Botriyomikozis nadir rastlanan kronik bakteriyel bir enfeksiyondur. Gram pozitif organizmalar, özellikle de *Staphylococcus aureus* en sık etkenidir. İç organlarda görülebildiği gibi, sadece deride izole olarak da görülebilir. Klinikte direne olabilen plak, nodül, sinüs ağızları ile karakterize olan bu enfeksiyon, histopatolojik olarak granül yapıları nedeniyle miçetomalar ile benzerlik gösterir. Botriyomikozis akiz immün yetmezlik sendromu veya diabetes mellitusu olan hastalarda ortaya çıkabilmekle birlikte çoğunlukla sağlıklı ve immün sisteminde bozukluk olmayan kişilerde görülmektedir.¹

Nadir rastlanan bu hastalığın kronik nodüler lezyonların ayırıcı tanısında düşünülebileceğini

belirtmek amacıyla burada bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

59 yaşındaki bayan hasta, sol kolda, bir yıldır devam eden lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden bir yıl önce oluşan lezyon için piyodermi tanısı ile topikal fusidik asit önerildiği, ancak önerilen tedavinin uygulanmasına rağmen lezyonun sebat ettiği öğrenildi. Hastada travma öyküsü yoktu ve bilinen, süregelen bir hastalık mevcut değildi. Dermatolojik incelemede sol üst kolda 1X1 cm boyutlarında, keskin sınırlı, eritemli, üzerinde kepek-kurut bulunan nodül tespit edildi (Resim 1). Lezyonda akıntı görülmedi. Dermatolojik inceleme dışındaki fizik incelemede patolojik bulguya rastlanmadı. Lenfadenopati saptanmadı. Lezyon dermatofibrom ve liken planus benzeri keratoz ön tanıları ile eksize edildi.

Yapılan biyopsinin histopatolojik inceleminde, üst ve derin derimde nötrofil, eozinofil,

Geliş Tarihi/Received: 27.12.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 26.01.2006

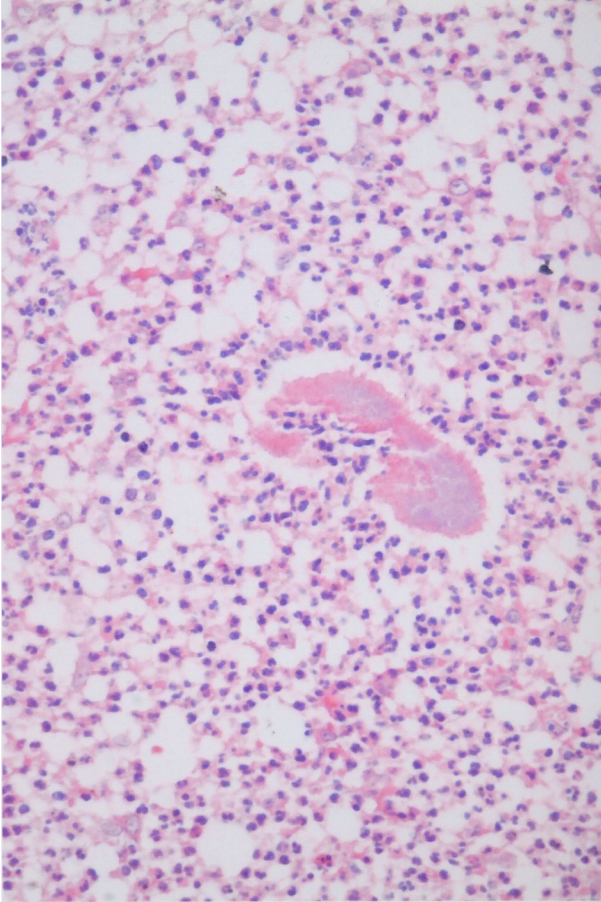
Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Gül ERKİN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, ANKARA
gulerkin@hacettepe.edu.tr

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Üst kolda soliter nodül.

histiyosit ve plazma hücrelerinden oluşan mikstipte yoğun inflamasyon mevcuttu. Bu inflamasyon içerisinde özellikle nötrofillerin zengin olduğu alanların ortasında bazofilik granüller ve bu gra-

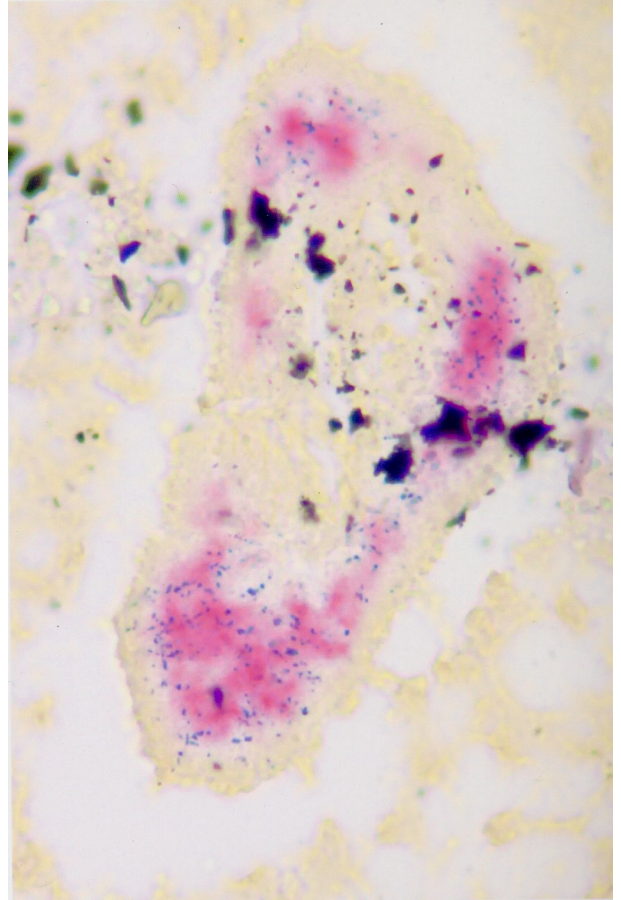


Resim 2. Dermisde inflamasyon içinde yer alan granül, H&E x 200.

nüllerin etrafında homojen eozinofilik materyal izlendi (Resim 2). Yapılan histokimyasal çalışmalarda granüller içinde Gram pozitif filamentöz olmayan organizmalar saptandı (Resim 3). Mantar görülmedi.

Tartışma

Botriyomikozis, adında geçen “mikozis” kelimesine rağmen fungal değil bakteriyel bir enfeksiyondür. 1870’de ilk kez atlarda tanımlanmasından sonra², hastalığın bakteriyel kaynaklı olduğu 1919’da gösterilmiştir.³ Botriyomikozise en sık neden olan ve lezyonlardan en sık izole edilen mikroorganizma *Staphylococcus aureus*’tur. Bunun yanı sıra *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus spp*, *Proteus spp*, *Peptostreptococcus spp*, *E.coli*, alfa- hemolitik *streptococci*, *Neisseria catarrhalis* de botriyomikozis lezyonlarından izole edildiği bildirilen diğer mikroorganizmalardır.^{4,5}



Resim 3. Gram pozitif filamentöz olmayan mikroorganizmalar, Gram boyası x 1000.

Hastalığın deriyi ve iç organları etkileyebilen bilinen iki formu mevcuttur. Bu iki form arasında deri hastalığı daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Kütanöz lezyonlar, soliter nodül, ülser veya direne olan sinüslerle karakterizedir ancak dissemine olan az sayıda olgu da bildirilmiştir.⁶ Botriyomikozis nadir olarak mukozal tutulum da yapabilmekte hatta agresif bir neoplazmi taklit eden tablolar yaratabilmektedir. Bu şekilde sinüslerde kitle görünümü oluşturan ve *P. aeruginosa*'nın neden olduğu botriyomikozis olguları rapor edilmiştir.⁷

Botriyomikozisin iç organları tutan formu, tüm organlarda görülebilse de en sık akciğerde botriyomikozis gelişimi bildirilmiştir. Akciğer botriyomikozisi kronik öksürük, hemoptizi ve radyolojik olarak kitle görünümü oluşturarak akciğer kanserini düşündüren tabloya neden olabilmektedir.⁸

Lezyonların histopatolojik incelemesinde dermiste yerleşmiş nötrofil lökositlerden zengin bir apse ve çevresinde granülasyon dokusu ve fibrin görülür. Apsede içinde yer alan ve hastalığa da ismini veren, üzüm salkımını hatırlatan granüller yer alır. Bu granülleri oluşturan filamentöz olmayan bakterilerdir. Çapları 2 ile 20 µm arasında değişen bu granüllerin çevresinde yoğun eozinofilik bir materyel yani "Splendore-Hoepli" fenomeni göze çarpar.¹ Splendore-Hoepli fenomeni botriyomikozise özgü bir bulgu değildir. Dokuda parazit gibi davranan mantarlar, helmintler ve bakterilere karşı da gelişebilir.

Deride filamentöz bakteriler ve mantarlar drenaj gösteren kronik lokal enfeksiyonlara neden olabilirler. Klinik ve histopatolojik olarak benzerlik gösteren bu enfeksiyonlar miçetoma adı altında toplanmaktadır. Filamentöz bakterilerin neden oldukları aktinomikotoma, mantarların etken oldukları ise ömiçetoma olarak adlandırılmaktadır. Miçetomalar dermis veya subkütan dokuda süpüratif granülomlar içerisinde sülfür granüllerinin görülmesi ile karakterizedir.⁹ Botriyomikozis de klinik ve patolojik olarak miçetomalara benzerlik göstermektedir. Özellikle deride aktinomikozis ile ayırıcı tanısının yapılması gerekli olabilir. Tanısında ve diğer bahsedilen hastalıklar-

dan ayrımında Gram boyamasında filamentöz olmayan bakterilerin görülmesi en önemli kriterdir. Etkenin kesin olarak belirlenebilmesi ve izole edilebilmesi için ise bakteri kültürleri gereklidir. Ancak hastamızda eksizyonel biyopsi öncesinde enfeksiyon düşünülmediğinden, kültür için örnek gönderme şansımız olamadı.

Botriyomikozis gelişimi için yatkınlık yaratan nedenler tam olarak bilinmemektedir. Bildirilen olguların bir kısmında alkolizm, diyabet ve travma hazırlayıcı faktörler olarak görülmektedir.¹⁰ Osteomyelit üzerinde gelişen ve folliküler müsinöz ile birlikte görülen olgular da bildirilmiştir.^{11,12} Ayrıca AIDS hastalarında ve immünsüpresif tedavi alan hastalarda da ortaya çıkmaktadır.¹³⁻¹⁴ Hücrel immünitadaki bozukluk ve özellikle düşük T-lenfosit sayılarıyla ilişkili bulunmuşsa da her hastada botriyomikozis gelişimi için immün yetmezliğin varlığı gerekmemektedir.¹⁵ Hastamızda olduğu gibi, bahsedilen hazırlayıcı faktörler varolmadan normal sağlıklı bir bireyde de botriyomikozis gelişebilmektedir. Botriyomikozis gelişiminde muhtemelen enfeksiyonu oluşturan süşun virülansı da önemli rol oynamaktadır.¹⁶ Organizmanın virülansı sistemik enfeksiyon oluşturabilmek için yeterli olmadığında ya da kullanılan antibiyotikler nedeniyle organizmanın virülansında değişiklik yaratıldığında botriyomikozis gelişiyor olabilir. Ayrıca travmanın enfeksiyonun inokülasyonuna yol açabileceği ve konakçıdaki immün yanıtın özelliklerinin de uzun süreli inflamasyona zemin hazırlayabileceği düşünülebilir. Benzer şekilde hastamızda piyodermi tanısı ile daha önce kullanılan topikal antibiyotik, enfeksiyonu tam olarak ortadan kaldıramamış, ancak organizmanın virülansını değiştirmiş olabilir.

Botriyomikozisin tedavisinde öncelikle izole edilen mikroorganizmaya özgün medikal tedavi düşünülmelidir. Tedaviye dirençli, sebat eden lezyonlarda ise cerrahi tedaviden yararlanılabilmektedir.¹⁷

Sonuç olarak, kolda bir yıldır sebat eden asemptomatik nodül ile başvuran hastamızda eksizyonel biyopsi öncesi klinik ön tanı olarak botriyomikozis düşünülmemiştir. Bu olgu ışığında ekstremitelerde yerleşimli, kronik, asemptomatik nodül

varlığında tanıda akla botriyomikozisin de gelmesi gerektiği bilgisi elde edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Sebastian L. Bacterial diseases. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, Murphy GF, eds. Lever's histopathology of the skin. 9th ed. Philadelphia: Lippicott Williams&Williams; 2005. p.551-90.
2. Bollinger O. Mycosis der Lung beim Pferde. Virchows Arch 1870;49:583-6.
3. Magrou J. Les formes actinomycotiques du staphylocoque. Ann Inst Pasteur 1919;33:344-74.
4. Mehregan DA, Su WPD, Anhalt JP. Cutaneous botryomycosis. J Am Acad Dermatol 1991;24:393-6.
5. Bonifaz A, Carrasco E. Botryomycosis. Int J Dermatol 1996;35:381-8.
6. Simantov A, Chosidow O, Fraitag S, De Chauvin MF, Prost C, Ravisse P, Revuz J. Disseminated cutaneous botryomycosis- An unexpected diagnosis after 20-years' duration. Clin Exp Dermatol 1994;19:259-61.
7. Wenig BM, Smirniotopoulos JG, Heffner DK. Botryomycosis ('bacterial wall') of the sinonasal tract caused by Pseudomonas aeruginosa. Arch Pathol Lab Medicine 1996;120: 1123-8.
8. Kathir K, Dennis C. Primary pulmonary botryomycosis: An important differential diagnosis for lung cancer. Respirology 2001;6:347-50.
9. Weedon D, Strutton G. Skin pathology. 2nd ed. Edingburg: Elsevier Science Limited; 2002. p.660-90.
10. Mehregan DA, Su WPD, Anhalt JP. Cutaneous botryomycosis. J Am Acad Dermatol 1991;24:393-6.
11. Yencha MW, Walker CW, Karakla DW, Simko EJ. Cutaneous botryomycosis of the cervicofacial region. Head Neck 2001;23: 594-8.
12. Harman RR, English MP, Halford M, Saihan EM, Greenham LW. Botryomycosis: a complication of extensive follicular mucinosis. Br J Dermatol 1980;120: 215-22.
13. Ahdoot D, Rickman LS, Haghghi P, Heard WU. Botryomycosis in the acquired immunodeficiency syndrome. Cutis 1995;55:149-52.
14. Follows GA, Mathew J, Lucas S, Black MJM, Goodship THJ. Cutaneous botryomycosis in a patient with lupus nephritis. Nephrol Dial Transplant 1998;13: 3200-1.
15. Hacker P. Botryomycosis. Int J Dermatol 1983;22: 455-8.
16. Bonifaz A, Carrasco E. Botryomycosis. Int J Dermatol. 1996;35:381-8.
17. Yencha MW, Walker CW, Karakla DW, Simko EJ. Cutaneous botryomycosis of the cervicofacial region. Head Neck 2001;23:594-8.