

BİR VAK'A NEDENİYLE KUTANÖZ VASKÜLİT

Dr. Şükrü BALEVİ, Dr. Hüseyin ENDOĞRU, Dr. Hüseyin TOL, Dr. Müfida BOZKÜRK

S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Lökositoklastik vaskülit küçük damar nekrotizan vaskülitinin en çok görülen şeklidir. Hastalık deride sınırlı kalabildiği gibi kutanöz-sistemik angiitis olarak adlandırıldığı tipte farklı bir çok organları ilgilendirebilir. Histolojik olarak küçük dermal damarların (venüllerin) fibrinoid nekrozu, lökositoklasis, endotel hücrelerinin şişmesi ve eritrositlerin ekstrasvasyonu vardır.

Kutanöz vaskülitin klasik bulgularına sahip 63 yaşında bir erkek hasta, hastalığın nadir görülmesi nedeniyle takdim edilmiştir.

Anahtar Kelime : Kutanöz vaskulit

SUMMARY

A Case of Cutaneous Vasculitis

Leukocytoclastic vasculitis is the most common form of small vessel necrotizing vasculitis. The disease may be limited to the skin or involve many different organs, in which case it is called cutaneous systemic angiitis. Histologically there is fibrinoid necrosis of small dermal blood vessels (venules), leukocytoclasia, endothelial cell swelling, and extravasation of RBCs.

Key Word: Cutaneous vasculitis

GİRİŞ

Dermanın küçük ve orta boy damarları çevresinde oluşan patolojik değişiklikler sonucu ortaya çıkan bir grup belirtiyeye vaskülit adı verilir.

Vaskülit kan damarlarının iltihabını belirtmek için kullanılan genel bir terimdir. Vaskülit primer bir hastalık gibi ortaya çıkabileceği gibi sistemik bir hastalığın bulgusu da olabilir (1). Vaskülit hakkındaki bilgilerimiz 19. Yüzyıl sonları ve 20. Yüzyıl boyunca edindiğimiz insan gözlemleri ve hayvan deneylerine dayanmaktadır.

Vaskülitler yıllarca çok değişik şekillerde sınıflandırılmışlardır. Vaskülit etiopatogenetik mekanizmaları tam olarak bilinmediği için sınıflandırma da güç olmuştur (2-3).

- 1) Küçük damarları tutan vaskülitler
- 2) Büyük damarları tutan vaskülitler

1) Küçük damarları tutan vaskülitler

- a) polimorf nükleer
I-Allerjik vaskülit
II-Lokalize formlar
III-Anaflaktoid purpura
IV-Akut febril nötrofilik dermatoz
V-hipersensivite anjiitisi
VI-Kollajen doku hastalıkları ile oraya çıkan vaskülit

b) Lenfositik

- I-İlaç erüpsiyonları
II-Toksik ve multiform eritema
III-Pitriasis likenoides akuta
IV-Disproteinemi, makroglobulinemi
V-Malign atrofik papülosis

c) Granülomatöz

I-Sistemik formları

- Wegener granülo-matozisi
- Allerjik granülo-matozis
- İnfektif granülo-matöz vaskülitler

II-Fokal formları

- Letal midlayn granülo-ma
- Eozinoflik ve nekrotizan granülo-ma
- Fasyal granülo-ma

2) Büyük damarları tutan vaskülitler

a) Polimorfonükleer

- I-Poliarteritis nodoza
- II-Süperfisyel migratuar tromboflebitis

b) Lenfositik

- I-Eritema nodozum
- II-Lupus eritematozis

III-Perniozis

c) Granülo-matöz

- Dev hücreli arteritis
- Eritema induratum
- Nodüler vaskülit

Biz bu vak'a da hastamızın tanısı dolayısıyla kutanöz vaskülitini tanımlamaya çalışacağız (2-3).

Kutanöz vaskülit bir çok yerde lökositoklastik vaskülit olarak tanımlanır. Deriyi tutan sıklıkla da iç organ komplikasyonları ile seyreden bir vaskülit türüdür (2-3).

Kutanöz vaskülit tanısı koyabilmek için biopsi gerekir ve biopsi ile tanı koyulduktan sonra sistemik vaskülit olasılığı dışlanmalıdır. Kutanöz vaskülit şüphesi olan hastada biopsi mutlaka subkutan yağ doku dahil dermanın tüm katlarının içine alacak şekilde alınmalıdır (4).

Biopsi sonrası fizik muayene, Hb-BK, formül lökosit, sedimentasyon FANA, anti DNA, C3 latex, krioglobulin, serum protein elektroforezi, Hbs. Ag, kantitatif immüoglobulin, akciğer grafisi tetkikleri yapılmalıdır (5).

Kutanö vaskülitler her cins ve yaşta görülürler. Akut, subakut, kronik rekürren şekilleri vardır. Sınırlı olabildikleri gibi yaygında olabilirler. Alt ekstremitelerde ve kollarda ağrı, ateş, halsizlik mide-barsak bozuklukları ile birlikte eritem, ürtikere benzeyen

papül, nodül, peteşi purpura, bül, püstül, nekroz ve ülserler gelişir. Artralji, sedim yüksekliği lokositoz ve eozinofili vardır. Çeşitli ilaçlar, enfeksiyonlar, neoplazmlar ve kollajen hastalıklar kutanöz vaskülitin gelişiminde etken olabilir (6).

Histolojik olarak küçük damarlarda lökositoklastik vaskülit, epidermal nekroz, damar dışına hücre sızması, endotel şişmesi tromboz ve fibrinoid değişiklikler görülür. Genellikle alt ekstremitelerde kalça, gövde ve kollarda görülür (7-8).

VAKA TAKDİMİ

Hastamız M.Ö. 63 yaşında, erkek, evli, emekli. Hastalığı yaklaşık 1 yıl önce uyluk ön bölgesinde yuvarlak, keskin sınırı olmayan hiperpigmente palpabl lezyonlar şeklinde imiş. Hastanın daha sonra lezyonları tüm bacağı ve karın bölgesine doğru yayılım göstermiş (Resim 1). Kaşınması yokmuş. Bu tür şikayetlerinin devam etmesi üzerine çeşitli pomad ve pansuman tedavisi almış, daha sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesine başvurmuş, biopsi alınmış ve allerjik vaskülit olarak değerlendirilmiştir. Oral kortikosteroid uygulanan hasta tedavisini kendi isteği ile kesmiş. Hasta kliniğimize başvurarak yatırıldı.

FM: TA: 130/70 mmHg, A: 36.3 C, N: 87/dk., düzenli. Genel durumu iyi obes görünümde ve sistemik muayenesinde bir özellik yoktu.

Dermatolojik Muayene: Saçlı deride yer yer alopesik sahalari mevcut yer yer hipopigmente görünümlü, üst ekstremitelerde göğüs ön duvarı normal görünümde, batin bölgesinde yer yer hiperpigmente purpura tarzında maküler lezyonları mevcut, bu tarz döküntüler her iki lat ekstremitelerde ve gluteada da yaygın şekilde görülmekteydi.

Laboratuar : Eritrosit : 5300000/mm³, Lokosit : 7300/mm³, Htc: %51, Hb: 17.2 gr/dl Sedimentasyon : 1-2/saat, Kanama Zamanı : 1,5 dakika, Pıhtılaşma Zamanı : 5 dakika periferik yaymada parçali : 59, monosit : 2, Lenfosit : 36 çomak : 3, bazofili yoktu. Eritrositler normositer, normokrom görünümlü, trombositler yeterliydi. Kan biokimyası normal, latex menfi idrarında bir özelliği yoktu. Batin USG ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Hastanın ekstremitelerinden alınan kutane biopsi sonucu deri ve deri altı kesitlerinde fibrinoid dejenerasyon, nötrofilik infiltrasyon ve ekstravaze olmuş erit-



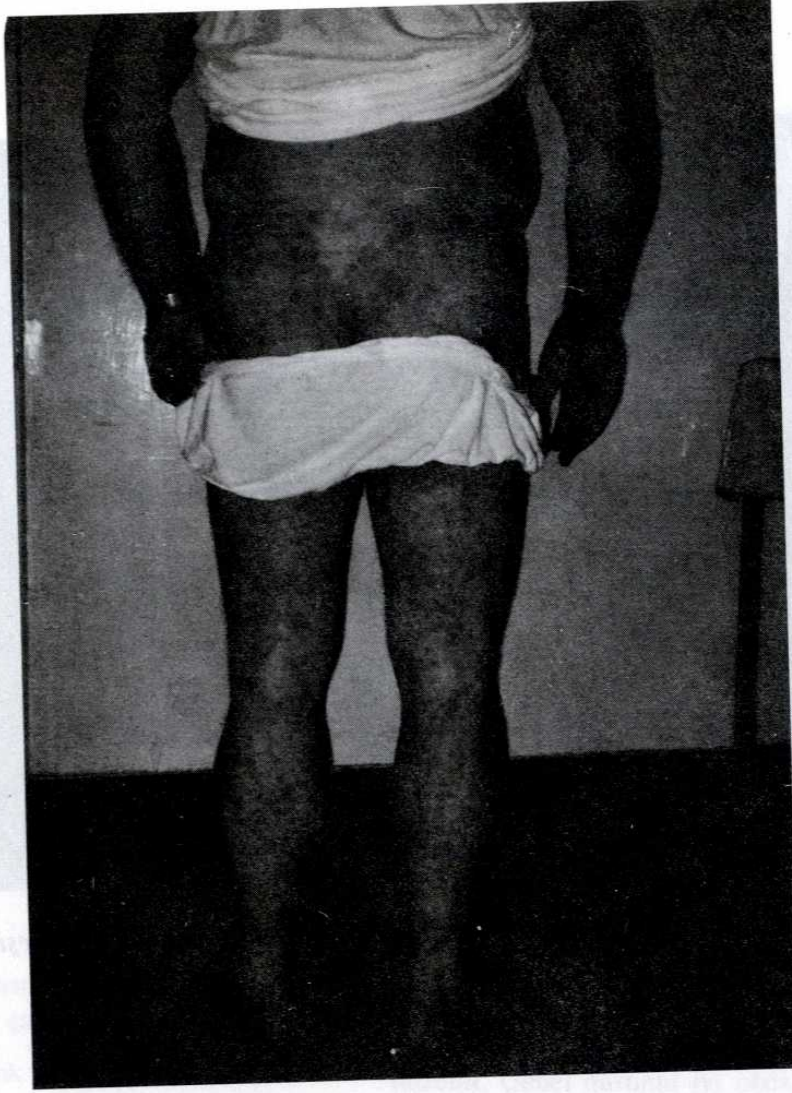
Resim 1. Hastanın lezyonlarının tedaviden önceki görünümü ve yerleşimi.

rositler olarak geldi. Hastaya allerjik vaskülit tanısı konulmuş, organ tutulumları yönünden dahiliye, göğüs hastalıkları ve nöroloji konsültasyonları istenmiş ve normal olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Bu vakamızda takdim ettiğimiz hasta bir çok yönü ile allerjik vaskülit bulguları vermekteydi. Özellikle hastalığın başlangıç lezyonlarının yerleşimi alt ekstremitelere uyumlu olması, kaşıntısının olmayışı, uzun süre tedavi ile lezyonlarında gerileme görülmeşişi purpura tarzında hiperpigmente maküler lezyonları ve biopsisi ile kesin tanı konulmuştur. Hastaya kliniğimizde Dapson 100 mg/gün hesabı ile

10 gün verilmiş daha sonra 50 mg/gün başlanmış ve lezyonlarında gerileme olması üzerine hasta taburcu edilmiştir. Hasta kliniğimizde ve daha sonra sık sık kontrollere çağrılarak kan biokimyası takip edilmiş ve normal olarak bulunmuştur. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir. Şikayetlerinde önemli azalma, lezyonlarında gerileme ve yeni lezyonların çıkmaması allerjik vaskülitin tedavisinde dapsonun önemli bir yeri olduğunu desteklemektedir (Resim 2). Kutane vaskülit olgularında hastayı uzun süre takip etmek gelişmeleri dikkate alarak biopsiye tekrar etmek ve tedavi sırasında ilaca bağlı yan etkileri sık sık kontrol etmek gereklidir (9-10).



Resim 2. Hastanın tedaviden 45 gün sonraki görünümü

KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Kotođyan A, Saylan T. Dermatoloji. İstanbul : Anka-Ofset A.Ş., 1985:466-7.
2. Coopeman PWM, Ryan TW. The problems of classification of cutaneous angitis with referance to histopathology and pathogenesis. Br J Dermatol 1970;82:2-14.
3. Hunder GG, Arend WP, Bloch DA. The American college of rheumatology. 1990 criteria for the classification of vasculitis. Art Rheum 1990;33:1065.
4. Sanchez NP, Van Hale HM, Su WPD. Clinical and histopathologic spectrum of necrotizing vasculitis. Report of findings of 101 cases. Arch Dermatol 1985;121:220.
5. Gibson LE. Cutaneous vasculitis. Approach to diagnosis and systemic associations. Mayo Clin 1990;65:21.
6. Swerlick RA, lawley TJ. Cutaneous vasculitis. Its relationship to systemic disease. Med Clin North Am 1989;73:1221.
7. Smoller BR, Mc Nut S, Contreas F. The natural history of vasculitis. What the histology tells us about pathogenesis. Arc Dermatol 1990;126:84.
8. Cunliffe WS, Menon IS. The association between cutaneous vasculitis and decreased blood fibrinolytic activity. Br J Dermatol 1971;84:99.
9. Braverman IM, Yen A. Demonstration of immunocomplexes in spontaneous and histamin induced lesions and in normal skin of patients with leukocytoklastic vasculitis. J Invest Dermatol 1975;64:105.
10. Zax RH, Hodge SJ, Callen JP. Cutaneous leukocytoklastic vasculitis. Serial histopathologic evaluation demonstrations the dynamic nature of the infiltrate. Arc Dermatol 1990;126:69.