

ERİTEMA NODOZUMDA ETYOLOJİK ARAŞTIRMA

Dr. Müfide B. BOZKÜRK*, Dr. Hüseyin TOL*, Dr. Hüseyin ENDOĞRU*, Dr. Şükrü BALEVİ*

* S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET:

Eritema nodozum, deride değişik büyüklükte nodüllerle karakterize bir dermatozdur. Nodüller ağrılı ve eritematöz olup genellikle alt ekstremitelerin ön yüzünde yerleşirler.

Bu çalışmada, 50 eritema nodozumlu hastada yapılan etyolojik araştırmaların sonuçları sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Eritema nodozum, Etiyolojik araştırmalar.

SUMMARY

Etiologic Investigations in Erythema Nodosum

Erythema nodosum is a dermatose characterized by variable-sized nodules in the skin. These nodules are painful, erythematous and generally localised on the anterior aspect of the inferior extremities.

In this study, results of etiologic investigations of 50 patients with erythema nodosum was presented.

Key Words: Erythema nodosum, etiologic investigations.

GİRİŞ

Eritema nodozum, aynı zamanda Dermatitis Contisiformis, Bacaktaki Nodül sendromu, Focal septal pannikülit diye adlandırılır (1).

Eritema nodozum, genellikle bilateral, bacakların ekstansör yüzüne lokalize daha az sıklıkla uyluk, ön kol ve yüzü tutan non ülsere ağrılı parlak, çapları 1 ila 5 cm arasında değişen büyüklükte nodüllerle karakterize bir erüpsiyondur. Nodüller dermohipodermik yerleşimli olup, parlak kırmızı düzgün bir şekilde palpe edilebilirken, 3 ve 6 hafta arasında değişen bir sürede ekimoza benzer tablo göstererek atrofi ya da skar bırakmadan iyileşirler (1).

İNSİDANS

Eritema nodozum insidansı hakkında kesin rakamlar vermek oldukça güçtür. Bunda etyoloji ırk, yaş, coğrafi iklim faktörlerinin yanı sıra tüm dünyada yaygın olarak

bulunmasına karşılık hastane istatistiklerinin yetersiz olmasının da rolü vardır.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada vaka sayısı her 100.000 kişi için 14, İskoçya'da 14.3, Finlandiya'da 12 iken, İsrail'de sadece 2 olarak tespit edilmiştir. İngiltere ve Finlandiya'da streptokokkal enfeksiyonlar ve sarkoidoz ön planda iken, Peru ve İspanya'da tüberküloz, Fransa'da Yersinia enfeksiyonları, Amerika Birleşik devletlerinde sarkoidoz, bazı endemik bölgelerinde köksoidomikoz ile birlikte görülürken, Mısır ve İsrail gibi Ortadoğu ülkelerinde streptokokkal farenjit ön plandadır (2,3,4,5,6,7,8).

Cinsiyete göre dağılım ise her 3 ila 6 kadına karşın, 1 erkekte görülmektedir. Bazı yayınlarda 8 kadına karşılık 1 erkekte görüldüğü rapor edilmiştir (6).

Eritema nodozum 20 ila 45 yaşları arasında sık görülmekle birlikte 20 ve 30 yaşlarında pik yapmakta ve ileriki yaşlarda daha az sıklıkta görülmektedir (9).

Haberleşme Adresi: Dr. Müfide B. BOZKÜRK, S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı, KONYA

ETYOLOJİ

Antijen, antikor birleşmesine bağlı olarak ortaya çıkan eritema nodozum etyolojisinde pek çok nedenler vardır. Birtakım hastalıklarla bildirilmesine rağmen hala etiyolojisi aydınlatılmamış vakalarda vardır. Etyoloji coğrafik yerleşime göre farklılıklar gösterir (1,6,7,10).

Etyoloji

1) ENFEKSİYONLAR

A) BAKTERİYEL ENFEKSİYONLAR

1. Streptokoksik enfeksiyonlar, Tularemi, Leptospirozis
2. Tüberküloz, Brusellozis, Lepra
3. Yersiniya enterokolitika enfeksiyonları
4. Meninkekokal enfeksiyonlar
5. Salmonella ve Şigella enfeksiyonları
6. Camypylobakter enfeksiyonlar
7. Atipik mikobakteri enfeksiyonları
8. Coryne bakterium difteri enfeksiyonları

B) KLAMİDİAL ENFEKSİYONLAR

1. Klamidia psittaki
2. Klamidia trachomatis
3. Lenfogradüloz Venereum
4. Kedi tırmığı hastalığı

C) FUNGAL ENFEKSİYONLAR

1. Koksoidomikoz, Sporotrikoz
2. Histoplazmozis, Blastomikoz
3. Dermatomikoz

D) SPİROKET ENFEKSİYONLARI

1. Sifiliz

E) PROTOZOA ENFEKSİYONLARI

1. Toxoplazmozis
2. Parazitik enfestasyonlar

F) VİRÜTİK ENFEKSİYONLAR

1. Enfeksiyöz Mononükleozis
2. Hepatitizis virüs enfeksiyonları
3. Sitomegalovirüs enfeksiyonu
4. HIV enfeksiyonları
5. Paravaccinia enfeksiyonları

2. MALİGN HASTALIKLAR

- A) Lenfoma
- B) Lösemi

3. İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARI

- A) Crohn Hastalığı
- B) Ülseratif Kolit
- C) Divertikülit

4. İLAÇLARA BAĞLI GELİŞEN

- A) Oral Kontraseptifler, Hormonal İlaçlar
- B) Sülfonamidler, Bromürler, İyodürler
- C) Aminopirin, Antimuan bileşikler
- D) Fenasetin, İmmünize ajanlar
- E) Salisilatlar, Nitrofurontain
- F) Altın tuzları, İzotiretinoin, İndometazin,
- G) Propisiltiyourasil, Minosiklin,
- H) Endüstriyel kimyasal ajanlar, Tetrasiklinler

5) KOLLAJEN DOKU HASTALIKLARINA BAĞLI

- A) Romatoid Hastalıklar,
- B) Otoimmün Bozukluklar, SLE

6) DOKU HASARLARINA BAĞLI

- A) Radyoterapi sonrası
- B) Kronik apse sonrası
- C) Hematom sonrası

7) DİĞER NEDENLER

- A) Hamilelik,
- B) Behçet Hastalığı
- C) Sarkoidoz
- D) Granülomatöz mastit sonrası
- E) Sweet Sendromu

PATOGENEZ

Eritema nodozumun oluşumunda çeşitli etkenler sorumlu tutulmuştur. Eritema nodozum yıllarca provakatif bir ajana karşı oluşan reaksiyon olarak tanımlanmıştır. Histopatolojik özellikler, eritema nodozumun hipersensitif mekanizmaya karşı oluşan immünolojik bir cevap olduğunu destekler. İmmünolojik patogeneze eritema nodozum etyolojisinde önemli bir rol oynar. İmmünolojik olarak immün komplekslerin oluştuğu ve bu komplekslerin dermal venülerin içinde ve çevresinde birikmesi ile tablonun geliştiği ileri sürülmüştür. İmmünofloresant tetkikler ile dolanan

antikorlar ve kompleman aktivasyonu da gösterilmiştir. Bu dolanan antikorlar IgG, IgM ve IgA'dır. Ayrıca kompleman 3'ünde aktivasyonu gösterilmiştir (6,7,11).

İmmünolojik patogenezi destekleyen diğer bir bulgu ise, tüberkülozlu ve koksoidomikozlu hastalarda deri testlerinin pozitif olmasından önce eritema nodozum'un görülmemesidir. Yine Lenfogradülozom Venereumlu hastalarda Frei testinden sonra eritema nodozumun oluşumu göze çarpar. Olayın başlamasından 24 saat sonra lenfosit hakimiyeti izlenir. Bu da hücrel cevabı düşündürür. Oluşan immün kompleksler küçüktür ve muhtemelen damar duvarı boyunca depolanarak zarar verirler. Antijenik stimulus azalınca oluşan kompleksler, makrofajlarca fagosite edilerek uzağa taşınır ve iyileşme kalıcı hasar olmadan gerçekleşir.

Son yıllarda familial eritema nodozum vakalarında göze çarpan bir özellik aynı doku gruplarının aynı aile bireylerinde sıkça görülmesinden, kaynaklanıyor olabilir, olduğu görüşüydü. Lepra ile birlikte olan eritema nodozum da, HLA A11'in predispoze bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Yine aynı şekilde Behçet Hastalığı ve eritema nodozum'u bulunan hastalarda HLA B5 doku grubuna sıklıkla rastlanılmaktadır.

Ancak bu tür çalışmalar henüz çalışma aşamasında olup, daha geniş araştırmalara ihtiyaç vardır (12).

HİSTOPATOLOJİ

Eritema nodozumda histopatolojik değişiklikler spesifik değildir. Histopatolojik değişiklikler, yalnızca ve esas olarak subkutanöz dokuda bulunur. Patolojik bulgular, yapılan kesinin derinliğine erüpsiyonun yaşına ve bulunduğu yere göre değişiklikler gösterir. Değerlendirme için subkutanöz dokuyu içeren derin cilt biopsi metaryali yeterli olurken, punch biopsi alımı ile sonuçlar yetersiz kalmaktadır. Biyopsi bulgularının altta yatan hastalığın histopatolojik bulguları ile ilişkisi yoktur.

Winkelman ve Förstrom, eritema nodozumun histolojik değişikliklerini pannikülite asosiyel vasküler değişiklikler olarak değerlendirmişlerdir (13).

Kronik eritema nodozumdaki histopatolojik bulgular ise akut eritema nodozumun geç safhasındaki bulgular

ile uyumludur. Ancak granülom oluşumu daha fazla vasküler değişiklikler daha azdır. Biyopsilerde non-kazeifiye dev hücrelerden zengin çok sayıda granülomatöz reaksiyon izlenir. Vilonova, Pinol, Meltzer gibi bazı otörler değişik derecelerde vaskülit gözlemişlerdir (3, 5, 6, 7, 13).

MATERYAL ve METOD

Bu çalışmaya 8.2.1990 ve 28.5.1993 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine eritema nodozum nedeniyle başvuran 50 hasta alınmıştır. 41'i kadın 9'u erkek olan hastaların yaşları 20-63 arasında değişmekteydi.

Polikliniğimize eritema nodozum nedeniyle başvuran hastaların anamnezleri itinalı bir şekilde alındı. Laboratuvar tetkiklerinden tüm hastalarda tam kan sayımı, lökosit formülü, tam idrar tahlili, gaytada parazit tayini, boğaz kültürü, antibiogram, paterji testi, iki yönlü akciğer grafisi, ASO, CRP, ve Romatoid faktör pozitiflikleri araştırıldı.

Gerekli durumlarda başta göz kliniği olmak üzere, dahiliye, göğüs hastalıkları ve kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarıyla konsültasyonlarla ileri tetkikler yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 50 hastanın 41'i (%82) kadın ve 9'u (% 18) erkekti. Vakalarımızda yaş aralığı 20 ila 63 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 26.3 olarak bulundu. Çalıştığımız hastalar yaş gruplarına göre ayrıldığında en fazla 3. ve 4. dekadlarla eritema nodozuma rastlanıldı 2. sırada 5. ve 6. dekadlar yer almaktaydı. 2. ve 7. dekadlar 1'er hasta ile en az hasta içeren dekadlar olarak bulunmuyor. 31-40 yaş grubunda 16 hasta olup bu grubun 15'ini kadın ve 1'ini erkek hasta oluşturmaktadır (Tablo 1).

Vakaların Etyolojik Değerlendirilmesi

Çalışmaya aldığımız hastaların etiolojik faktörlere göre dağılımına bakıldığında (Tablo II) en büyük etyolojik grubu Behçet hastalarının oluşturduğu dikkati çekmektedir (22 vaka, % 44). Etiyolojik faktörler sırasıyla; ÜSYE (10 vaka, % 20), idiopatik (9 vaka, %18), post enfeksiyöz (ÜSYE dışı) (2 vaka, %4) ilaçlar (5 vaka, %10), hamilelik (1 vaka, % 2) ve tüberküloz

Tablo 1. Hastaların yaş ve cinse göre dağılımı

Yaş Grupları	Erkek Vaka	%	Kadın Vaka	%	Toplam Vaka	%
11-20	1	2	-	-	1	2
21-30	2	4	13	26	15	30
31-40	1	2	15	30	16	32
41-50	5	10	8	16	13	26
51-60	-	-	4	8	4	8
60 ve st	-	-	1	2	1	2
Toplam	9	18	41	82	50	100

(1 vaka, %2) ile Behçet hastalığını izlemektedir.

Tablo 2. Vakaların etyolojik dağılımı

Etyolojik Faktörler	Vaka Sayısı	%
Behçet Hastalığı	22	44
ÜSYE	10	20
İdyopatik	9	18
Postenfeksiyöz (ÜSYE dışı)	2	4
İlaçlar	5	10
Hamilelik	1	2
Tbc	1	2
Toplam	50	100

Lezyonların Lokalizasyonu

Vakaların %76 sı bacaklarda bilateral % 16'sı unilateral yerleşimli idi. % 8 vaka ise hem kol, hem de bacakta yerleşmişti.

Tablo 3. Lezyonların lokalizasyonu

Lokalizasyon	Vaka Sayısı	%
Bacaklarda bilateral	38	76
Bacaklarda unilateral	8	16
Kollarda ve bacaklarda	4	8
Diğer yerleşim yerleri	-	-
Toplam	50	100

TARTIşMA

Çalışmaya aldığımız 50 hastanın 41'i (%82), kadın 9'u (%18) erkekti. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde 4 kadına karşı 1 erkekte, eritema nodozum saptanmıştır. Bu da literatürlerde verilen oranlarla uyumludur. Kadın erkek oranı 3 ile 6 kadına bir erkek ya da en fazla 8 kadına 1 erkek olarak bildirilmektedir (1,5,6,7).

Araştırmaya aldığımız hastaların yaşları 11 ve 63 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 26.3'tür. Bu da literatürde en sık eritema nodozum görülme yaşı olan 20-45 yaş grubuna uymaktadır (1,5,6,7).

Vakaların mevsimsel olarak dağılımına bakıldığında eritema nodozuma en sık ilkbahar, daha sonra sırayla yaz, kış ve en az da sonbahar aylarında rastlanıldığı bildirilmektedir. Literatürde eritema nodozumun özellikle yılın ilk altı ayında görüldüğü belirtilmektedir (2,6). Yaptığımız çalışmada yılın ilk altı ayında 28 vaka görülmüştür. İlbahar ve yaz aylarında ise toplam 29 vakaya rastlanmıştır.

Çeşitli antijenik stimuluslara karşılık geç aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak kabul edilen eritema nodozumun, etyolojisinde yaklaşık 65 tane faktör sıralanmaktadır. Genel olarak ÜSYE, ilaçlar, Tbc, Sarkoidoz, Behçet hastalığı ve viral etkenler en çok sorumlu tutulan nedenlerdendir (1,5,7).

Çalışmamızda 22 vaka ile Behçet hastalığı etyolojik faktörler arasında 1. sırada yer aldı. Daha sonra sırasıyla 10 vaka ile ÜSYE, 9 vaka ile idyopatik, 5 vaka ile ilaçlar, ÜSYE dışı enfeksiyöz 2 vaka, hamilelik ve tüberküloz 1'er vaka nedenler arasında bulundu.

Araştırmamızda en büyük grubu 22 vaka (%44) Behçet hastalığı oluşturdu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde Erken M 'nin yaptığı 40 vakalık bir çalışmada Behçet hastalığı görülme oranı 5 hasta ile % 12.5, Şişli Etfal hastanesinde yapılan başka bir 36 serilik çalışmada ise bu oran % 13.9 bulunmuştur (14).

Behçetli hastalarımızın 11'inde eritema nodozum ilk bulgu olarak gözlenmiştir. Bu da Behçetli hastaların ilk şikayet olarak eritema nodozum nedeniyle başvurmasalar bile eritema nodozumlu hastaların Behçet hastalığı yönünden gözden kaçırılmaması gerektiğini düşündürülen bir bulgudur. Özellikle ülkemiz gibi Behçet hastalığının sık görüldüğü bölgelerde eritema nodozum etyolojisi araştırılırken öncelikle Behçet hastalığı düşünülmelidir.

Konya ve yöresinde Behçet hastalığına sıklıkla rastlanılmakta olup, bizim de burada yaptığımız çalışmada olduğu gibi, eritema nodozumlu hastalar öncelikle Behçet hastalığı yönünden araştırılmakta ve daha sonra tanıya gidilmektedir. Çalışmaya aldığımız hastaların 20 tanesi yatırılarak tanıya gidilmiştir. Hastalarımızın hepsinde anamnez derinleştirilerek alınmıştır. Behçet hastalığına tanı koymak amacıyla hastaların tümünde Paterji testi, mukoza ve deri muayeneleri dikkatlice yapılmış, Göz anabilim dalı konsültasyonları istenmiştir. Bulgulara göre Komplet ve İnkomples Behçet hastalığı tanısı konulmuştur. Hastalarımızın 17'sinde Komplet, 5'i İnkomples Behçet hastası idi.

Dünya literatürlerine bakıldığında Behçet hastalığının eritema nodozumu oluşturma sıklığı tam bilinmemektedir (1,7). Bununla birlikte özellikle ülkemizde önemli bir etyolojik faktör oluşturabileceği göz ardı edilmemelidir. Şimdiye değin, ülkemizde İstanbul'da eritema nodozum etyolojisi konusunda yapılmış iki adet çalışma vardır. Bu çalışmaların her ikisinde de üst solunum yolu enfeksiyonları ilk etyolojik nedeni oluşturmaktadır (14). Ancak günümüzde Behçet hastalığının etiolojisi tam açıklanamamış olup, coğrafik, meteorolojik sosyoekonomik ve virolojik etkenler dahil pek çok etken etyolojiden sorumlu tutulmaktadır (1,5,7,15). Bölgemizde Behçet hastalığı sık görüldüğünden, eritema nodozum etyolojisinde ilk sırada yer alması olağan sayılabilir. Örneğin Amerika Birleşik

devletlerinde ÜSYE ve Sarkoidoz, eritema nodozum etyolojisinde ilk sıralarda yer alırken, bazı endemik bölgelerde ise koksoidomikoz etyolojide ilk sıralarda yer almaktadır (4,5,7).

Sistemik bir vaskülitis tablosuyla seyreden Behçet hastalığı bir çok organ tutulumu ile hayatı tehdit edebilen komplikasyonlarla karakterizedir. Behçet hastalığının genel bir özelliği olarak İntestinal Behçet de nüks ve remisyonlarla seyreder. Seyrini daha önceden tahmin etmek mümkün değildir. Bağırsak tutulumun ön planda olduğu akut ataklar sırasında semptomlar baskılanıp iyileşme sağlanmakla birlikte nadiren de olsa acil cerrahi girişim gerektiren ve fetal seyredebilen bağırsak perforasyonu, peritonit, massif GIS kanaması, toksik megakolon da gelişebilmektedir (15). Göz tutulumu ile hastanın yaşam kalitesini de düşüren bu hastalık, özellikle eritema nodozum vakalarında akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda diğer bir grubu 10 vaka ile ÜSYE'leri olan hastalar oluşturmaktaydı. Literatüre göre B hemolitik streptokoklarla oluşan enfeksiyonlar arasında sayılan farenjit, tonsilit, erizipel, kızıl bir hastalıklar eritema nodozum'a neden olabilir (1,5,6,7). Erken M'nin İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaptığı 40 vakalık bir çalışmada ÜSYE'leri eritema nodozum etyolojisinde 20 hasta % 50, Şişli Etfal Hastanesinde yapılan 36 vakalık başka bir çalışmada ise % 44 oranında bulunmuştur (14).

Bu hastalık tablosunda kolay tanınabilen klinik bulguların yanısıra, laboratuvar bulgusu olarak sedimentasyon hızında artış, lökositoz ve ASO titrelerinin yüksek bulunması tanıyı kolaylaştırır. Hastaların boğaz kültürleri de bize yardımcı olabilir.

Vakalarımıza ÜSYE tanısı koyarken anamnez ile birlikte laboratuvar bulgularından da faydalandık. Bazı vakalarda 1 ila 3 hafta önce geçirilmiş ÜSYE anamnezi vardı. Sedimentasyonda artma ve lökositoz izlendi. Ve bu 10 hastada eritema nodozum etyolojisi olarak ÜSYE'leri düşünüldü. bu hastalara antibiyoterapi uygulanmamıştı.

Eritema nodozumla ilgili çalışmalarda dikkati çeken bir başka özellik etyolojisi aydınlatılamamış vakaların da bulunabilmesidir. Bizim çalışmamızda 9 hasta (%18) idiyopatik eritema nodozum olarak değerlendirildi.

Hanuksela M. yaptığı 438 vakalık bir seride, bu oranı 148 vaka ile % 34 olarak tespit etmiştir (2). Fox 1992 yılında yaptığı bir çalışmada ise, idyopatik nedenlerle de eritema nodozum görülebileceğini bildirmiştir (16). Eken M'nin yaptığı 40 vakalık bir seride ise 11(%27.45), hastada idyopatik eritema nodozum bulunmuştur (14).

Çalışmaya aldığımız 5 hastada (%10) ilaca bağlı eritema nodozum saptandı. Penisilinler dahil olmak üzere sülfonamidler, oral kontraseptifler eritema nodozum'dan sorumlu tutulmaktadır (1,5,6,7). Bu ilaçların yanısıra Bromürler, İyodürler, Fenasetin, Altın tuzları, minosiklin, PTU, Salisilatlar, Antimuan bileşikler, Nitrofurantoin kullanımından sonrada eritema nodozum olguları bildirilmiştir (6,7,17,18,19,20). Hastalarımızın 3'nde nonsteroid antiinflatuar 2'sinde ise Sülfonamid ve Penisilin kullanma öyküsü mevcuttu.

Araştırmaya aldığımız 50 hastanın 2'sinde geçirilmiş üriner sistem enfeksiyonu hikayesi mevcuttu. Ancak hastalarımız enfeksiyondan yaklaşık 10 ila 15 gün sonra müracaat ettiklerinden dolayı ki hastalar bu dönemde antienfeksiz tedavileri de aldıklarından, eritema nodozumun; vücutta o sırada var olan gram (-) mikroorganizmaya karşı mı yoksa alınan tedavilere karşı mı olduğu tespit edilemedi. Bu hastalara yapılan diğer rutin tetkikler sonucu eritema nodozuma neden olabilecek başka faktör bulunamadı.

Çalışmaya aldığımız hastaların 1'inde (%2) hamilelik olduğunu saptadık. Bu hastamız 29 yaşında ve üç aylık hamile idi. Hastanın ilk hamileliği idi.

Laboratuvar bulgularında hiç bir özellik bulunmayan bu hastayı, olayın ilk trimesterde cereyan etmesini de göz önünde bulundurarak gebeliğe bağlı eritema nodozum olarak değerlendirdik.

Literatüre göre Eritema nodozum çoğunlukla gebeliğin ilk üç ayında meydana gelmektedir (2). Bombardieri, her dört hamileliğinin 2. ve 5. ayları arasında eritema nodozum oluşan bir vaka sunmuştur (10). Hanuksela'ya göre de eritema nodozum gebeliğin ilk trimesterinde oluşmaktadır (5). Ancak karşı görüş olarak birbiri ardına 2 hamileliğinin son trimesterinde oluşan eritema nodozum vakaları da bildirilmiştir (6).

Vakamız hakim görüş olan gebeliğin birinci trimesterini ilgilendirmekte ve etiyolojide % 2 gibi bir oran oluşurmaktadır.

Çalışmamızda 1 hasta da eritema nodozumun tüberküloza bağlı olarak meydana geldiğini tespit ettik. Tüberkülozun uzun yıllar eritema nodozum etiyolojisinde önemli bir yeri olmuştur. Özellikle, sosyoekonomik seviyesi düşük, gelişmekte olan ülkelerde tbc artmış bir Şekilde karşımıza çıkar (6,7). Yaptığımız bu çalışmada Tbc oranını % 2 gibi düşük seviyede bulunmasının nedenini bu tür hastaların ilgili servislere direkt müracaatlarına bağlayabiliriz.

Tbc özellikle çocukluk ağı eritema nodozum vakalarında gözardı edilmemelidir. Ancak bu hastalık bugün ABD ve Avrupa'da nadir olarak görülmektedir (6).

Çalışmamızda sarkoidoz veya enteropati gibi etyolojide yer alan vakalarla karşılaşmadık. Bunun nedeni bu hastalıkların ülkemizde az rastlanıyor olmasından kaynaklanabileceği, gibi direkt ilgili kliniklere başvurmalarından dolayı da olabilir. İskandinav lkelerinde ise Sarkoidoz eritema nodozumun esas sebebini oluşurmaktadır. 72 vakalık bir seride bu oran % 35 bulunmuştur. Londra'da yapılan bir çalışmada bu oran % 28, Edinburg'da %33 bulunurken Japonya'da 282 eritema nodozumlu hastanın hiçbirisinde etyolojik neden olarak Sarkoidoz tespit edilememiştir (5, 6).

Yaptığımız araştırmada Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalına Ocak 1990 ile Mayıs 1993 tarihleri arasında müracaat eden 36.750 hastanın 50'sinde (%0.13) eritema nodozum saptadık.

Sonuç olarak Behçet Hastalığının eritema nodozum nedenleri arasında oldukça önemli bir yeri vardır. Bu nedenle eritema nodozum tablosuyla karşımıza gelen bir hastada en azından oral aft, genital ek-slserasyon, göz yakınmaları olup olmadığı araştırılmalı ve Paterji testi yapılmalıdır. Eritema nodozumun etyolojisinde Behçet hastalığını ilk sırada bulmamızın nedenini; hastalığın yöremizde sık görülmesi ve hastaların düzenli takip edilmesi ile açıklayabiliriz.

KAYNAKLAR

1. Anderson PC.: Erythema Nodosum "Clinical dermatology" Eds (Demis DJ., Crouse RG., Dobson RG., Mc Guire J.) Vol 2, Harper and row publishers Philadelphia Fourteenth edition. 1987; Unit 7-13, 1-5.
2. Hanuksela M.: Erythema Nodosum migrans. Acta Dermatovener. 1973; 53: 313-317.
3. Tami LF.: Erythema Nodosum associated with erythema shigella colitis: Arch: Dermatol 1985; 121: 590.
4. Rosai -J., "Ackerman's surgical pathology" seventh edition, Vol I, The C.V. Mosby Company, Washington, 1989; 65-67.
5. Moschella SL., Hurley HJ.: Dermatology third edition, Saunders Comp. Philadelphia WB 1992; 584-588.
6. Rook A. Wilkinson DS., Eblign FJG., Champion RH., Burton JL.: Textbook of Dermatology, fourth edition, Blackwel scientific publications, London, 1992; 1929-1945.
7. Fitz Patrick TB., Eisen AZ., Wolf K., Feedberg IM., Austen KF. Dermatology in general medicine, third edition, Mc Graw Hill Book Company; New York 1987; 1141-1144.
8. Lorens LJ., Terol A., Martinez R.: Erythema Nodosum associated with infectious mononucleosis: Hev. ped. Acta 1983; 38: 91-95.
9. Tüzün Y, Kotoğyan A, Saylan T.: Dermatoloji I. Baskı Anka ofset İstanbul, 1985; 539-552.
10. Arnold HL., Odom RB., James WD: Andrew's disease of the skin, eighth edition WB., Saunders comp., Philadelphia, 1990; 142-143.
11. Roig MA., Terol LJ., Torres MJ.: Erythema nodosum and kerion of the scalp. Am. J. Dis. Child, 1983; 136: 440-442.
12. Elyakam O., Caspi D., Segal R.: Familial Erythema nodosum. Arthritis and Rheumatism. 1991; 34: 1177-1179.
13. Lever WF., Schaumburg LG.: Histopathology of the skin. J.B. Lippincott comp. Philadelphia, seventh edition 1990; 270-272.
14. Eken MO.: 40 Eritema nodozumlu hastada etyoloji. İstanbul üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 1990.
15. Türkiye Klinikleri Hekimler Birliği Vakfı Tıp Bilimleri dergisi, 1985; 5:392-448.
16. Fox MD., Schwartz RA.: Erythema Nodosum. Am. Fom. Physician. 1992; 46: 818-822.
- 17) Joly P., Prost C., Gaudemar M.: Acne fulminans triggered by isotretinonin therayp. Ann. Dermatol. Venereal 1991; 118: 369-372.
- 18) Keren G. Boisch H.: Erythema nodosum related to PTU treatment for thyrotoxicosis. Isr. J. med. Sc. 1985; 21: 62-65.
- 19) Stone RL., Claflin A., Penneys NS: Erythema nodosum following gold sodium thiomalate therapy. Arch. Dermatol. 1973; 107: 602-60
- 20) Darligton LG.: Erythema nodosum and oral contraceptives. Br. J. Dermatol. 1974; 90: 209-212.