

KROMOBLASTOMİKÖZİS: BİR OLGU SUNUMU

Dr. Sezer KULAÇOĞLU (*), Dr. Nur Cabar YÜCEL (*), Doç. Dr. Nuran ALLI (**), Dr. Sevgi SÖNMEZER (**)

ÖZET: Kromoblastomikozis, verrüköz lezyonlarla karakterize, kutis ve subkutisin kronik, nadir fungal enfeksiyonudur. 20-50 yaş arasında kadınlarda daha sık görülmektedir. 20 yaşında bir kadın hastanın yedi yıldır var olan yüzün sağ bölümünü ve sol omuz altını tutan mor, üzeri yer yer ülsere, kenarları düzensiz lezyonları histolojik ve histokimyasal (PAS ve MSS) incelemeler ve nativ preparatlardaki bulgular sonucu kromoblastomikozis olarak değerlendirilmiştir. Olgu nadir görülmesi nedeniyle konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiş, klinik ve histolojik ayırıcı tanılar tartışılmıştır.

ANAHTAR KELİMELE: Kromoblastomikozis, kromomikozis.

SUMMARY: CHROMOBLASTOMYCOSIS: A CASE REPORT. Chromoblastomycosis is a chronic, rare fungal infection of cutis and subcutis characterized by verrucous lesions. It is frequently seen in women between ages 20-50. Purple colored, ulcerated and irregularly bordered lesions which have been existed for 7 years in a 20 years old woman, localized on the skin of the right side of her face and below her left shoulder were evaluated as chromoblastomycosis after histological and histochemical examinations and native preparation results. Since it is a rare fungal infection, the literature about this subject was reviewed and clinical and histological differential diagnosis were discussed.

KEY WORDS: Chromoblastomycosis, chromomycosis.

GİRİŞ

Kromoblastomikozis, Dematiaceous familyasına ait çeşitli mantarlar tarafından oluşturulan, verrüköz, ülsere lezyonlarla karakterize, 20-50 yaşları arasında daha sık görülen nadir, kronik bir enfeksiyondur (1,2,3,4,5). Etiyolojik ajanlar *Cladosporium carrionii*, *Fonsecaea compactum*, *F.pedrosoi*, *F.dermatitidis*, *Phialophora verrucosa*, *Rhinocladiella cerophilum* gibi pigmentli mantarlardır (2,4,5).

Bu bildiride, bir kadın hastada saptanan kromoblastomikozis olgusu, nadir bir enfeksiyon olmasından, klinik ve histopatolojik olarak bazı lezyonlarla kolayca karışabilmesinden dolayı ayırıcı tanılar üzerinde durularak sunulmaktadır.

OLGU SUNUSU

20 yaşında Tokat doğumlu kadın hasta Ankara'da oturur. İlk kez yedi yıl önce sol kol'dış yüzünde, ağrısız, kızamık ve kabarıklık bir lezyon çıktığını ve bu lezyonun beş yıl boyunca hiçbir değişiklik göstermediğini ve bu arada doktora da başvurmadığını ifade etti.

Daha sonra sağ kulak memesini de içine alan bir lezyon oluşurken, kolundaki lezyonun da yayıldığını belirtti. Değişik hastanelerin dermatoloji polikliniklerine başvuran hasta-

dan lupus vulgaris, liken, bazal hücreli karsinoma klinik ön tanıları ile toplam beş kez biyopsi alındığı ve alınan biyopsilerin bazal hücreli karsinoma, nonspesifik perivasküler dermatitis, lupus vulgaris ve liken gibi değişik histopatolojik tanımları aldığı belirlendi.

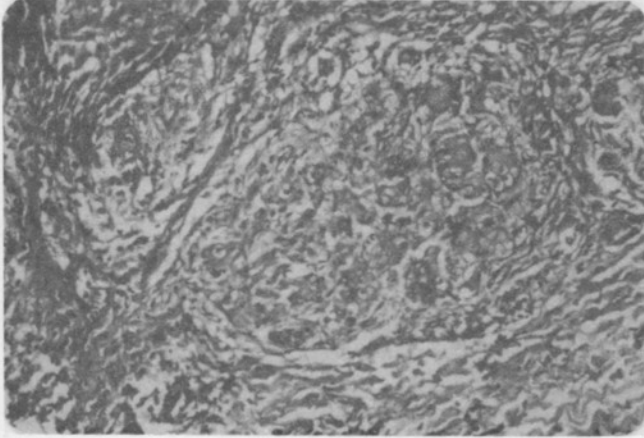
Balgam kültüründe ve akciğer grafisinde tüberküloz yönünde bulgu olmadığı, hastanın bir yıl süren tüberküloz ve li-



Resim 1: Sağ yanak derisinde, kulak kepçesini de içine alan üzeri yer yer krutlu, kırmızı-mor renkli lezyon.

* Ankara Numune Hastanesi Patoloji Bölümü

** Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği



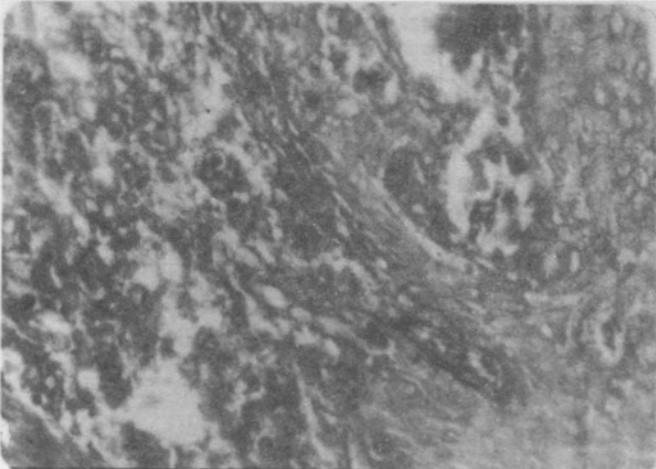
Resim 2: Hiperplastik çok katlı yassı epitel altında dermiste granülom yapıları içinde mantar sporları (H.E x 200).

kene yönelik tedaviden yarar görmediği, gerek kolundaki, gerek yüzündeki lezyonların zaman zaman kaşıntı ve sülanma gösterdiği, zaman zaman da bu şikayetlerin kaybolduğu anlaşıldı.

Daha sonra Ankara Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne başvuran hastanın dermatolojik muayenesinde sağ yanak bölgesi sağ kulak kepçesi ve memesinde yaklaşık 10x8 cm ölçülerinde, kırmızı-mor renkli sınırları düzensiz, üzeri yer yer krutlu, deri seviyesinden kabark, infiltrate lezyon (Resim 1), ve sağ kol lateral tarafta yaklaşık 6x8 cm ölçülerinde benzer lezyonlar saptanarak, yüzden lupus vulgaris ve sarkoidoz, koldaki lezyondan, Jessner'in lenfositik infiltrasyonu ve lupus vulgaris ön tanıları ile biyopsi alındı.

Her iki lezyondan alınan biyopsi materyellerinin histolojik incelemesinde, aynı özellikte oldukları görüldü. Yer yer hiperplazi gösteren keratinize çok katlı yassı epitel altında, dermiste epiteloïd histiyositler, Langhans tipi ve yabancı cisim tipi multinükleer dev hücrelerden oluşan, granülom yapıları izlendi.

Granülomların bazılarının santralinde, ayrıca dermis ve epidermiş içinde mikroabse odakları bulunduğu gözlemlendi. Bu mikroabse odakları içinde serbest olarak ve granülomlarda dev hücreler içinde tek tek ve kümeler halinde yuvarlak şekilli mantar sporlarının varlığı dikkati çekti (Resim 2).



Resim 3: PAS boyama yönteminde kümeler halinde izlenen mantar sporları (x 200).

Çevre stromada ise lenfosit plazma hücresi, histiyosit ve PMN lökositlerden oluşan iltihabi infiltrasyon izlendi. Organizmalar H.E. de bazıları septalı, kalın duvarlı, sklerotik cisimcikler olarak izlenip, PAS ve MSS boyama yönteminde pozitif boyanma gösterdiler (Resim 3,4). Bu histolojik bulgularla biyopsi sonucu "derin mantar enfeksiyonu" olarak rapor edildi ve öncelikle kromoblastomikozis enfeksiyonunu düşündürdüğü belirtildi. Bu sırada hastanın gebe olduğu anlaşıldı ve tedavi planı ertelendi. Hasta belirlenen kontrollerine de gelmedi.

Hastanın bir yıl sonra başka bir merkeze başvurduğu, aynı lezyonlarından biyopsi tekrarlanıp yine kromoblastomikozis tanısı aldığı, ayrıca mantarın kültürde üretildiği saptandı. Dermatoloji Kliniği'nde yattığı süre içinde KİBAS bulguları gösteren hastada nöroşirurji ile konsültasyon sonucunda intrakranial kitle belirlendi. Bu kitle nedeniyle alındığı operasyondan sonra hasta kaybedildi. Operasyon sırasında alınan biyopsinin histopatolojik görünümünün de deri lezyonları ile aynı özellikte olduğu görüldü.

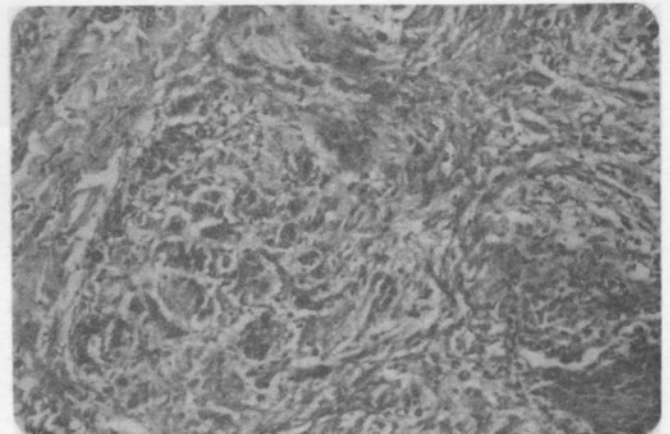
TARTIŞMA

Kromoblastomikozis, insanlarda görülür, diğer memelilerde rastlanmamıştır (2). Hastalığın yayılım şeklinin mantar ile kontamine toprak veya bitkisel materyellerin travma sonucu inokülasyonu ile olduğu düşünülmektedir (2,4,6). Hastalık en sık alt ve üst ekstremitelerde travmatik implantasyon sonucu gelişir. Ayrıca el, yüz ve toraks derisinde de görülebilir (2).

Son yıllarda histolojik çalışmalarda bu hastalığın fizyopatolojisinde transepitelyal eliminasyon (TEE) fenomeninin önemli bir mekanizma olduğu gösterilmiştir (1,2).

TEE bazı deri hastalıklarında spontan olarak görülen, dermisteki mikroorganizma, yabancı materyal ve hasarlı bağ dokusunun epidermise doğru bir iyileşme çabası olarak atılmasıdır. Bu durum kromoblastomikozis ve bazı deri hastalıklarında epidermisde izlenen psödoepitelyomatöz hiperplazi ve intraepidermal abse oluşumu gibi değişikliklerin sebebi olarak düşünülmektedir (1,2,4).

Başlangıç lezyonu eritematöz bir papüldür ve daha sonra bir veya birden çok verrüköz papül veya plağa dönüşür (2). Enfeksiyon lenfatik kanallar yolu ile yayılır ve satellit nodüller oluşur (4,5,6). Oldukça yavaş seyreder. Skatris veya keloid bırakarak iyileşir (4). Kutanöz ve subkutanöz



Resim 4: MSS boyama yönteminde kalın duvarları, koyu kabverengi boyanma gösteren mantar sporları (x 400).

dokuları tutan tiplerine ek olarak nadiren serebral tutulum gösteren formlar da bulunmaktadır (4). H.E.'de kahverengi, yuvarlak veya polihedral, kalın duvarlı, 5-12 mikron çaplı, tomurcuklanma göstermeyen mantarların görülmesi ile tanıya varılabileceği belirtilmektedir (2).

Primer dönemde cerrahi eksizyon en iyi tedavidir (2,5). İleri dönemde amfoterisin B ve 5-fluorositozin kullanılmaktadır (2). Rekürrens sıktır. Ayırıcı tanıda blastomikozis, parakoksidomikozis, feohifomikozis, tüberkülozis verrukoza kutis göz önüne alınmalıdır.

Blastomikozis sistemik bir mikozis olup, primer deri tutulumu çok nadirdir (4). H.E.de sporlar kalın duvarlı, çift konturlu olarak izlenir ve tomurcuklanma gösterirler (2,4).

Parakoksidioidomikozis genellikle ağız, orofarinks, gingiva burun orifisinden başlar. Mantar sporları yuvarlaktır, tomurcuklanma gösterir (4). Feohifomikoziste subkutanöz veya sistemik tutulum olabilir. Histolojik olarak mantar spor-

ları tomurcuklanma gösterir, zincir oluşturur ve hif elemanları içerir (2).

KAYNAKLAR

1. Batres M, Wolf JE, Rudolph AH. Transepithelial elimination of cutaneous chromomycosis. Arch Dermatol 1978, 114: 1231-1232.
2. Chandler FW, Kaplan W, Ajello L.A Colour Atlas and Textbook of the Histopathology of Mycotic Diseases. Wolfe, 1980, 40, 47-49, 92-93.
3. Esterre P, Peyrol S, Sainte Marie D. Granulomatous reaction and tissue remodelling in the cutaneous lesion of chromomycosis. Virchows Archiv A Pathol Anat. 1993, 422: 285-291.
4. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the Skin. 6th ed. Lippincott Company. Philadelphia. 1983, 336-337, 339, 340.
5. Mc Anally MT, Parry MEL. Cutaneous protothecosis presenting as recurrent chromomycosis. Arch Dermatol 1985, 121: 1066-1069.
6. Tschen JA, Knox JM, McGavran MH. Chromomycosis. The association of fungal elements and wood splinters. Arch Dermatol 1984, 120: 107-108.