

Kutanöz Kriptokokkozis

Ömer YERCI*
Oktan EROL**
Zuhâl GÜCİN***

ÖZET

*Kriptokokkozis, kapsüllü maya benzeri bir mantar olan *Cryptococcus Neoformans* ile meydana gelen enfeksiyondur. Sıklıkla subakut ya da kronik olan hastalığın ilk önce respiratuar sistemde görüldüğü ve buradan kan yoluyla yayıldığı düşünülmektedir.*

Kriptokokkal sellülitis ise generalize hastalığın nadir kutanöz bir görünümüdür. Sistemik kriptokokkozis hastaların % 10-15'inde tesbit edilmiştir. Yayınlarda bildirilen hastaların tümünde çeşitli hastalıklar nedeniyle sistemik immün supresif ilaçların kullanıldığı dikkati çekmektedir. Olgumuzda da Juvenil Romatoid Artrit nedeniyle kortikosteroid kullanımı söz konusu idi. Böyle kişilerde antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen bir selülitis, kriptokokal selülitisi düşündürmelidir.

SUMMARY

Cutaneous Cryptococcosis

*Cryptococcosis is an infection which occurs with *Cryptococcus neoformans* that is an encapsulated yeast-like fungus. It is mostly a subacute or a chronic disease that is thought to be seen in the respiratory tract first and then spread by hematogenously.*

* Uzm. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

*** Araş. Gör.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

Cryptococcal sellülitis is an uncommon cutaneous manifestation of generalized disease. It may occur in up to 10-15 % of patient with disseminated cryptococcosis.

At all reported cases, because of various diseases, immunosuppressive treatment was applied. In our case corticosteroids had been used for Juvenile Romatoid Arthritis. If these patients have sellülitis don't respond to antibiotic therapy, it makes us think that they will have cryptococcal sellülitis.

GİRİŞ

Kriptokokkus neoformans ile meydana gelen kriptokokkozis tüm dünyada giderek artan bir önem kazanmaktadır. Immun sistemi baskılayıcı ilaçların çeşitli hastalıklarda daha yaygın bir şekilde kullanılması hastalığın görülme sıklığını arttırmaktadır.

Kriptokokal sellülitis, sistemik kriptokokkozisli hastaların % 10-15'inde görülen önemli, ancak bu hastalığın ayırd edici olmayan bir özelliğidir. Ciltte olması dolayısı ile kolayca farkedilebilen, lezyonla tanıya erkenden gidilebilirse sistemik hastalığın da erken tanısı yapılmış ve tedaviye erken dönemde başlanmış olacağından prognozu iyi yönde etkileyecektir.

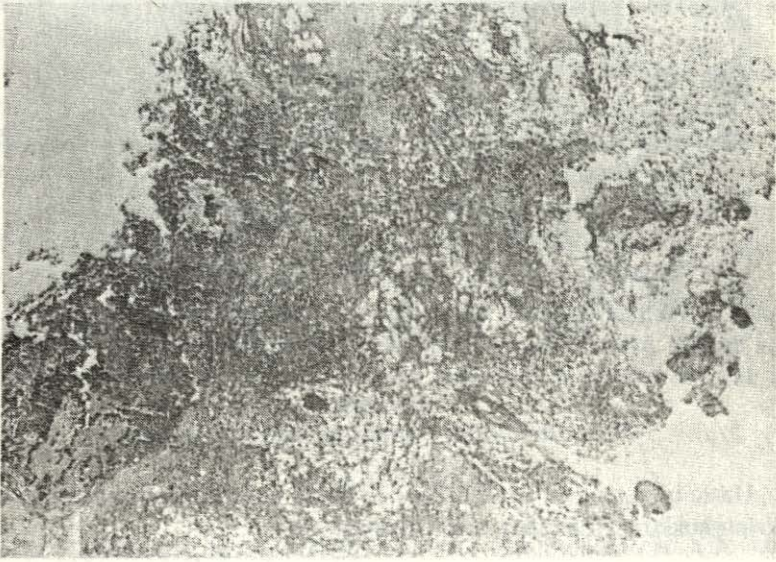
Kriptokokal sellülitisin morfolojik özellikleri, papül, nodül, püstül, plak, tümör, abse, ülser, akneiform ve bakteriyel sellülitise benzer lezyonlar şeklinde olabilir^{1,2,3,4}. Genellikle baş ve boyunda yerleşen lezyonlar çoğunlukla tek olmakla birlikte multipl yerleşimli de olabilir¹. Ciltte primer olarak görülmesi çok enderdir. Hayvanlarda primer olarak inokulasyon sonrası cilt lezyonları oluşturabilmektedir³. Bu şekilde meydana gelen ciltte lokalize bir kriptokokkozis olgusu bildirilmiştir. Bu bir tıp talebesi olup, AIDS'li sistemik kriptokokkozisli bir hastadan baş parmağına inokulasyon suretiyle enfekte olmuştur³. Yine bildirilen bir diğer olgu cilt lezyonları ile sınırlı olup, bir meyve taşıyıcısında rastlanmıştır, ancak inokulasyon yeri tesbit edilememiştir³.

OLGU

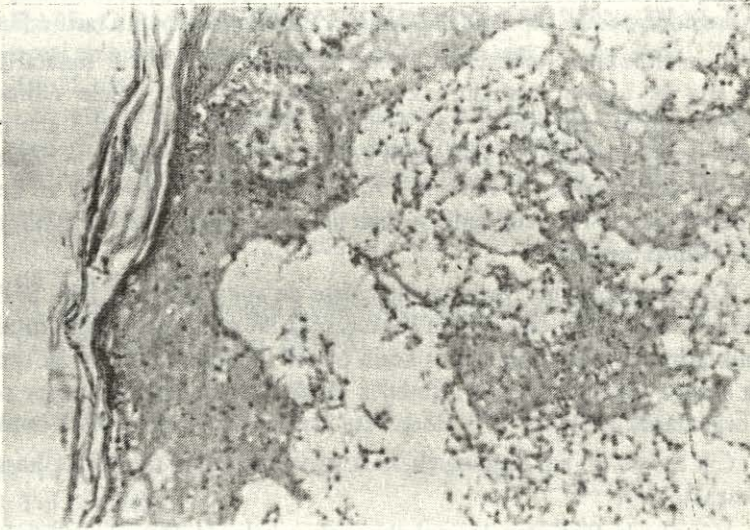
13 yaşında erkek hasta, (E.C.). 2 yıldan beri juvenil romatoid artritisi tanısı ile takip ve tedavi edilmekte ve son 2 aydan beri 2 mg/kg/gün prednizolon almakta idi.

Sağ kulak arkası, yanak ve sol çenesinde oluşan şişlikler nedeniyle hastanemize başvurmuştur. Yapılan fizik muayenesinde sağ avrikuler, sol maksiller bölgeler ile yanakta abse, ağızda moniliazis, özellikle sağ servikal bölgede olmak üzere yaygın lenfadenopati tesbit edilmiştir. Antibakteriel tedavi uygulanmış ancak lezyonda iyileşme olmamıştır. Sağ yanaktaki bölgeden biopsi yapılmış ve hematoksilen-eozin ile boyanan kesitlerde; epidermiste bir alanda ülserasyon ve nekroz, ülser olmayan alanlarda ise hiperkeratoz, düzensiz akantoz, dermise doğru uzanan papillomatöz sarkmalar izlenmiştir. Dermiste yoğun polimorf nü-

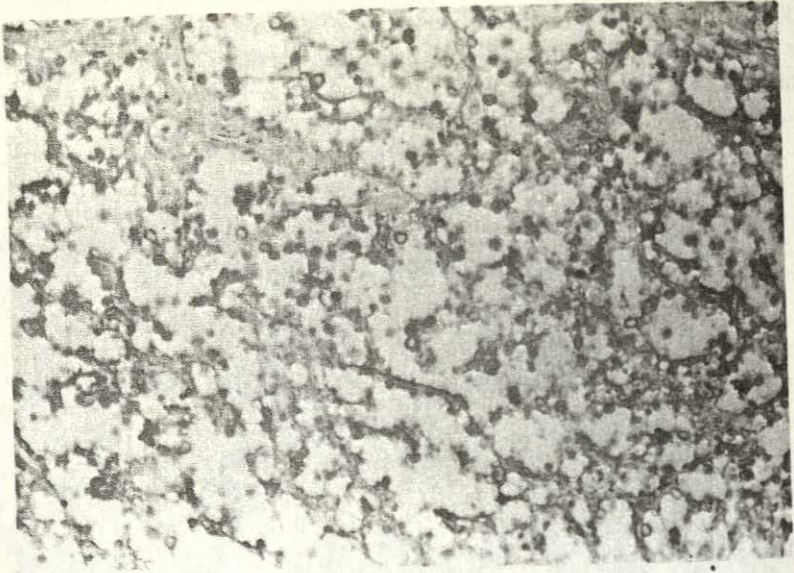
veli lökosit, lenfosit infiltrasyonu ile nekroz alanları tesbit edilmiş; ayrıca dermiste oval ya da poligonal şekilli, eozinofilik, bazıları berrak görümlü geniş bir kapsülle çevrelenmiş, kapsülleri PAS boyası ile boyanmayan müskarmen ile kırmızı boyanan kriptokok sporları gözlenmiştir (Resim: 1, 2, 3).



Resim: 1
(H.E., 10x6,3/0,20) Yüzey epitelindeki ülserasyon.



Resim: 2
(H.E., 10x16/0,40) Yüzey epitelinden dermise doğru oluşan psödoepiteliomatöz hiperplazi.



Resim: 3
(H.E., 10x40/0,70) Dermisteki kriptokok sporları.

Hasta bu aşamada kendi arzusu ile tetkik ve tedavisini bıraktığından sistemik kriptokokkozis yönünden araştırılamamıştır.

TARTIŞMA

Kriptokokkozis ender görülen bir mantar infeksiyonudur. Etkeni, *Cryptococcus neoformans*'tır. İlk olgu 1895 yılında Bushke tarafından tarif edilmiştir¹.

C. neoformans, tomurcuklu, maya benzeri, miçsiz bir mantardır. Topraktan kuş ve hayvan pisliklerinden (özellikle güvercin) izole edilmiştir^{5,6,7}. Kriptokok sporları dokularda 5-10 m çapta, yuvarlak veya oval, tomurcuklanan hücreler olarak görülürler. Hücrelerin kendi çaplarının 5 katına varabilen müsinöz bir kapsülleri vardır^{5,6}. H.E. ve PAS boyaları ile boyanmayan ve berrak bir halka olarak görülen kapsül metilen Blue ile mor, Alcian Blue ile mavi, musikar-men ile kırmızı boyanır⁵.

Kriptokokkozis her yaşta görülebilirse de vakaların üçte ikisi 30-60 yaşlar arasındadır. Hastalıkta cins ayrımı yoktur. Her iki seks eşit oranda tutulur^{4,5,6,7}. Sistemik kriptokokzisin giriş kapısı kesin olarak bilinmemekte, ancak respiratuar sistem olduğu düşünülmektedir. En fazla akciğerler, meninksler, ender olarak da diğer organlarda görülür^{1,2,3,4,5}. Hastalıkta yayılım hematojen yolla olmaktadır.

Cilt lezyonları ani başlangıçlı, hızlı yayılan eritemli ödemli ve hassas plaklarla karakterlidir^{1,2,3,4}.

Yayınlarda bildirilen kriptokokkozisli vakalarda lösemi, lenfoma, myeloma, sistemik lupus eritematozis, renal transplantasyon gibi hastalık ve girişimler nedeniyle sistemik immunosupresif tedavi uygulanmıştır^{1,2,3,4}.

Bizim vakamızda ise juvenil romatoid artritisi tanısı ile kortikosteroid tedavisi uygulanmakta idi. Hastalarda primer olarak varolan hastalıklar nedeniyle ateş, halsizlik, lökositöz gibi klinik ve laboratuvar bulguların kriptokokal selülitisi yönünden önemi olmamaktadır. Ayrıca önceden de belirtildiği gibi lezyonların spesifik olmayışı ve bakteriel selülitisi ile karışması yüzünden olguların çoğunda önce antibakteriyel tedavi uygulanmış, sonuç alınamaması üzerine ileri tetkik ile tanıya varılmıştır^{1,2,3,4}.

Bizim olgumuzda da önce bakteriel selülitisi tedavisi uygulanmış, daha sonra cilt biopsisi ile tanıya varılmıştır. Prognoz; yalnızca kutanöz lezyonların olduğu olgularda iyi bir seyir takip eder. Sistemik olgularda ise fatal bir gidiş söz konusudur^{3,5}.

Olgumuzun yayınlanış amacı şimdiye kadar bildirilenlere uygun olarak sistemik immunosupresif tedavi altında ortaya çıkması, bakteriel selülitisi tedavisinden fayda görmemesi üzerine ileri tetkik ile tanıya varılmasıdır.

Ancak hasta tetkik ve tedavisini yarıda bıraktığı için sistemik kriptokokzis'in varlığı konusunda birşey söylemek mümkün olmamıştır. Yinede konuyla ilgili bilgilere dayanarak olgumuzdaki cilt bulgularının mevcut sistemik kriptokokzis'e bağlı olduğunu ileri sürebiliriz.

KAYNAKLAR

1. SCHUPBACH, W.C., WHEELEN, E.C., BRIGGAMAN, A.R., WARNER, A.N.: Manifestations of disseminated Cryptococcosis, Arch. Dermatol., 112: 1734-40, 1976.
2. GAUDER, P.J.: Cryptococcal Cellulitis, JAMA, 237(7): 672-74, 1977.
3. HALL, C. J., BREWER, H.J., CROUCH, T.T., WATSON, R. K.: Cryptococcal cellulitis with multiple sites of involvement, J. Am. Acad. Dermatol., 17: 329-32, 1987.
4. ANDERSON, J. R.: Muir's Textbook of Pathology, English Language Book Society Edward Arnold, Frome and London, 1985, p. 16.50-21.30.
5. LEVER, F.W.: Histopathology of the skin, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1975, p. 321-323.
6. ANDERSON, W.A.D.: Pathology, The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1977, p. 505-506.
7. ALLEN, C.A.: The skin a clinicopathological Treatise, Grune-Stratton, New York, London, 1967, p. 525-526.

Ömer YERCI
U.Ü. Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
BURSA