

# Akciğer tüberkülozuna eşlik eden Sweet sendromu olgusu

Hülya GÜRDAL\*, Pınar Yüksel BAŞAK\*\*, Rezan DEMİRALAY\*\*\*, VahideBAYSAL\*\*,  
Canan AĞALAR\*\*\*\*

\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları AD, ISPARTA

\*\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ISPARTA

\*\*\*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, ISPARTA

\*\*\*\*SSK Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

## Özet

Sweet sendromu akut, febril, reaktif nötrofilik bir deri hastalığıdır. Enfeksiyon hastalıklarına eşlik ettiği bilinen Sweet sendromu, sıklıkla Streptokok ve Yersinia enfeksiyonları ile birlikte olabilirken akciğer tüberkülozu ile görülmesi oldukça nadirdir. Steroid tedavisi alan ve semptomatik tüberkülozu olan Sweet sendromlu bu olgu, indometazin ve antitüberküloz tedavileri ile klinik ve radyolojik olarak tamamen iyileşti.

**Anahtar Kelimeler:** Sweet sendromu, akciğer tüberkülozu

## Abstract

### A case of Sweet's syndrome associated with pulmonary tuberculosis

Sweet's syndrome is an acute, febrile, reactive neutrophilic skin disease. While it has known to be commonly associated with Streptococcal and Yersinia infections, the association with pulmonary tuberculosis is very rare. The present case of Sweet's syndrome with symptomatic tuberculosis exacerbated under steroid treatment, has improved clinically and radiologically with indomethacin and antituberculosis treatment.

**Key Words:** Sweet's syndrome, pulmonary tuberculosis

## Giriş

Tüberküloz tüm dünyada, özellikle yoksul ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. "Mycobacterium tuberculosis complex" olarak tanımlanan bir grup bakteri tarafından oluşturulan, çok değişik klinik görünümlere sahip kronik nekrozitan bir enfeksiyondur. Hastalığın oluşumundan %97-99 oranında Mycobacterium tuberculosis sorumludur. En sık akciğerler olmak üzere tüm organları tutabilir (1). Sweet sendromu (SS) genellikle üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonları, inflamatuvar hastalıklar veya maligniteleri takiben ortaya çıkan ateş, periferik lökositoz, ağrılı eritematöz plaklar ve histopatolojide vaskülit olmaksızın yoğun dermal nötrofilik infiltrasyonla karakterize reaktif bir dermatozdur (2). Literatür araştırıldığında akciğer tüberkülozuna eşlik eden SS nadir görüldüğü için bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

## Olgu Sunumu

Otuz yaşındaki kadın hasta halsizlik, iştahsızlık, eklem ağrısı, öksürük, yüksek ateş ve vücutta döküntüler ile hastanemize başvurdu. Yaklaşık bir ay önce her iki dizinde ağrı şikayeti olan hastanın 15 gün önce sağ diz kapağının altında değişik çaplarda ağrılı, pembe renkli, deriden kabarık döküntüleri olduğu ve bunların zamanla gövde, kol ve bacaklarına yayıldığı öğrenildi. Ateşi devamlı ve 40°C civarında seyreden hastanın bir haftadır öksürük ve sabahları sarı renkli

balgam çıkarma öyküsü mevcuttu.

Özgeçmişinde üç yıl önce immun trombositopenik purpura (ITP) tanısı alarak splenektomi yapıldığı ve üç aydır kortikosteroid tedavisi almakta olduğu saptandı. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, kan basıncı: 110/70mmHg, ateş: 39.2°C ve nabız: 92/dk idi. Abdominal muayenesinde bilateral kostovertebral açı hassasiyeti olup lenfadenopati ve hepatomegali saptanmadı. Dermatolojik muayenede her iki tibia ön yüzü, ayak sırtları, ön kol dorsal yüzleri ve el sırtlarında palpasyonla hassas ve lokal ısı artışı olan çok sayıda, 1-3cm çaplarında, eritemli, ödemli, kırmızı renkli maküler ve papüler lezyonlar izlendi. Mukozal tutulum saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, biyokimyasal analiz, tam idrar tetkiki, boğaz kültürü, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda olan hastada hepatit serolojisi ve ANA negatif, eritrosit sedimentasyon hızı: 39mm/saat, CRP: 167,8mg/dl olup periferik yaymada polimorf nüveli lökosit oranı %80 idi. Posteroanterior akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda nonhomojen infiltrasyon mevcuttu. Toraks tomografisinde sol akciğer üst lob posterior segment ve lingula segmentinde alveolar konsolidasyonla uyumlu nodüler dansite artışı, plevraya uzanan fibrotik yapılanmalar, sol akciğer lingular superior segmentte parakardiak yerleşimli 2 cm nodüler lezyonlar izlendi. Yeterli sayıda incelemeye alınan balgam örneklerinde Ziehl-Neelsen ve Auromin O boyaması ile tüberküloz basili

saptanmadı. Hastanın balgamı kanlı agar, Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT) ve Löwenstein-Jensen besi yerlerinde kültüre edildi ve patojen bakteri üremedi. BCG aşısı bulunan hastaya uygulanan tüberkülin testi anerjik olarak değerlendirildi. Deri lezyonlarından alınan panç biyopsinin histopatolojik incelemesinde hafif hiperkeratoz gösteren çok katlı yassı epitelde spongioz, bazal tabakada vakuollü dejenerasyon izlendi. Papiller dermiste ödem, endotelileri şişkin kapiller proliferasyonları ve çevrelerinde daha yoğun olmak üzere tüm papiller dermiste polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu mevcuttu. Bu bulgular SS ile uyumlu olarak değerlendirildi (3). Paterji testi negatif ve göz muayene bulguları normal idi. Kemik iliği aspirasyonu, abdominal ultrasonografi ve elektrokardiografide patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya sulbaktam/ampisilin 4 gr/gün şeklinde nonspesifik tedavi başlandı. On günlük tedavi ile yanıt alınmaması üzerine tüberküloz ön tanısıyla İzoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, pirazinamid 2500 mg/gün ve etambutol 1 gr/gün başlandı. Deri lezyonları için oral indometazin ve orta etkili topikal steroid uygulandı. Tedavinin 15. gününde ateşi düşen hastanın döküntüleri büyük oranda kayboldu ve 22. günde deri lezyonları tamamen düzeldi.

### Tartışma

Tüberkülozun major bulguları, çocukluk çağında kazanılmış enfeksiyonun reaktivasyonu şeklinde erişkin yaşlarda ortaya çıkar. Reaktivasyona neden olan faktörler; immunsupresyon, malnütrisyon ve vitamin D eksikliği olarak gösterilebilir. Kortikosteroidlerin rolü kesin olmamakla birlikte yüksek dozların reaktivasyona neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca yüksek doz kortikosteroid alan hastalarda tüberkülozun tanı yöntemlerinden biri olan tüberkülin deri testinin yanlış negatiflik (anerji) oranı %50'nin üzerindedir (4). Bu nedenle tüberkülin test sonuçlarının yorumlanması zordur. Olgumuzun tüberkülin testinin anerjik bulunması da uzun süre kortikosteroid tedavisi kullanmış olması ile ilişkili olabilir.

Tüberküloz tanısı, yaygınlık ve niteliğini belirlemek ve tedaviye yanıtı değerlendirmek için akciğer grafisi yardımcıdır. Tüberkülozda hiçbir radyolojik görünüm mutlak tanısal değere sahip değildir. Bununla birlikte üst lobların apikal ve posterior segmentlerinde ve alt lobların superior segmentlerinde yamalı infiltrasyonlar kuvvetle tüberkülozu düşündürür. Diğer bir tanı yöntemi, klinik örneklerde tüberküloz basilinin gösterilmesidir. Balgamın direk bakışının duyarlılığı, incelenen hasta popülasyonunun özelliğine göre %50-90 arasında değişmektedir (1). Olgumuzda posteroan-

terior akciğer grafisi ve tomografi bulguları yerleşim yeri olarak tüberkülozla uyumlu olmasına rağmen balgam direk bakışında basil saptanamamış ve kültürlerde üreme olmamıştır. Biz de bakteriyolojik olarak tanıyı doğrulayamamıza rağmen başka bir enfeksiyon hastalığı düşündürecek klinik, laboratuvar bulgu saptanmaması ve nonspesifik antibiyotiğe yanıt alınmaması nedeniyle antitüberküloz tedaviye başladık. Fransa'dan bildirilen, öksürük yakınması olan SS'lu bir hastada tüberkülin testi negatif ve grafilerde patoloji izlenmezken balgam kültüründe Mycobacterium tuberculosis üremesi üzerine antitüberküloz tedavi verildiği ve klinik düzelme saptandığı bildirilmiştir (5).

SS'nun patogeneğinde immun kompleks hastalıkları, superantijenlere karşı anormal nötrofil cevabı ve sitokin etkileri gibi mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. Organ transplantasyonu, hematolojik maligniteler, renal yetmezlik ve kortikosteroid tedavisi uygulanan otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilir. Reaktif deri lezyonlarının mikobakterial antijene karşı gelişebileceği de düşünülmektedir (6). Chetchotiskad ve ark. bu olgularda hücrel immunité defektinin patogeneşte rol alabileceği görüşünü savunmuşlardır (7). Bizim olgumuzda SS gelişimini açıklayabilecek faktörler; ITP tanısıyla kortikosteroid tedavisi almış olması ve mikobakterial antijenler tarafından tetiklenebilen immun cevabın ortaya çıkması olarak düşünülebilir. Antitüberküloz tedaviyle birlikte hastanın ateşinin düşmesi, genel durumunun düzelmesi ve deri lezyonlarının gerilemesi de tüberkülozun olayı tetikleyen faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte literatürde Mycobacterium fortuitum'un neden olduğu servikal lenfadenite eşlik eden SS olgusunda, bizim olgumuz ile aynı tedavi uygulanmasına rağmen deri bulgularının düzelmemesi üzerine sistemik steroid kullanıldığı bildirilmiştir (8).

SS'da ateş ve lökositozun bulunması, septik etyoloji varlığını desteklemekte ise de antibiyotik tedavisi bu hastalığın nedenine etki etmez (6). Olgumuzda deri lezyonlarının ateşle birlikte başlayan hassas eritematöz papüller görünümü ve biyopsinin SS ile uyumlu olması, sedimentasyon yüksekliği, CRP pozitifliği ve yaymada nötrofil hakimiyeti yanında nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt alınmaması SS tanısını desteklemektedir.

Tüberkülozla birlikte görülebilen deri bulguları arasında olan eritema nodozum, SS'nun lezyonları ile karışabilir (6). Bu nedenle tüberküloza eşlik edebilen nadir bir deri reaksiyonu olmakla birlikte ağrılı, eritematöz deri lezyonları olan hastalarda SS'nun da ayırıcı tanıları arasında akılda bulundurulmasının uygun olacağı görüşündeyiz.

**Kaynaklar**

- 1.Kocabaş A. Akciğer Tüberkülozu. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M (eds). Enfeksiyon Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,1996:396-425.
- 2.Erbağcı Z, Kırtak N, Özgöztaş O, Akçalı C. Bir olgu sunumu olarak Sweet sendromu. T Klin Dermatoloji 1997;7:127-130.
- 3.Barnhill RC, Busam KJ. Vascular disease. In: David E, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr B. Histopathology of the skin. Philadelphia: Lippincott-Raven 1997; 204-206.
- 4.Friedland JS. Tuberculosis. In: Armstrong D, Cohen J (eds). Infection Diseases.1st ed. London: Harcourt Publishers Ltd, 1999:301-316.
- 5.Abbyad R, Olivier V,Vandenbos F et al. Dellamonica Decouverte d'une tuberculose chez une patiente ayant un syndrome de Sweet. Presse Med 2001;30:166.
- 6.Hönigsmann H, Cohen PR, Wolff K. Inflammatory and neoplastic disorders of the dermis. In: Freedberg IM, Eisen AT, Wolff KK, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds) Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: Mc Graw-Hill Co, 1999:1117-1123.
- 7.Chetchotisakd P, Mootsikapun P, Anunnatsiri S et al. Disseminated infection due to rapidly growing mycobacteria in immunocompetent hosts presenting with chronic lymphadenopathy: a previously unrecognized clinical entity. Clin Infect Dis 2000; 30: 29-34.
- 8.Hsiao GH, Chiu HC. Atypical mycobacterial cervical lymphadenitis associated with Sweet's syndrome. Acta Derm Venereol 1995; 75:237-239.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Pınar Yüksel BAŞAK  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Dermatoloji AD  
İSPARTA

Tel: 02462112507  
Fax: 02462371762

E-mail: pbasak@med.sdu.edu.tr