

HIV Seronegatif Bir Olguda Gelişen Basiller Anjiomatozis

İlker Aydoğan*, Ali Haydar Parlak*, Murat Alper**, K. Aylin Aksoy**

* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet

Basiller anjiomatozis, genellikle kedilerle temas öyküsü olan immün yetmezlikli kişilerde gelişen, nadir görülen bir infeksiyon hastalığıdır. Anjiomatöz deri lezyonları ile karakterize bu tabloda sistemik tutulum bulunabilir. Hastalığın immünolojik yönden sağlam kişilerde görüldüğüne dair az sayıda bildiri mevcuttur. Bu makalede immün yetmezliği ve kedilerle temas öyküsü bulunmayan, histopatolojik kesitlerde retikülün gümüş boyamasıyla basiller gösterilerek basiller anjiomatozis tanısı alan 23 yaşındaki bir erkek hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Basiller anjiomatozis, epitelooid anjiomatozis, sağlıklı erişkin, HIV seronegatif

Aydoğan İ, Parlak AH, Alper M, Aksoy KA. HIV seronegatif bir olguda gelişen basiller anjiomatozis. TÜRK-DERM 2004; 38: 71-74

Summary

Bacillary angiomatosis is a rare infectious disease usually occurring in immunodeficient patients with a history of contact with cats. It is characterized by cutaneous angiomatous lesions and systemic involvement may occur. There are only a few case reports about bacillary angiomatosis in immunocompetent individuals. We report a 23-year-old immunocompetent man without history of contact with cats, whose diagnose was based on the demonstration of bacilli in histopathological sections stained with the reticulin silver dye.

Key Words: Bacillary angiomatosis, epithelioid angiomatosis, immunocompetent, HIV seronegative

Aydoğan İ, Parlak AH, Alper M, Aksoy KA. Bacillary angiomatosis in an HIV seronegative patient. TÜRK-DERM 2004; 38: 71-74

Basiller anjiomatozis (BA), ilk kez 1983 yılında Stoler ve ark. tarafından tanımlanan¹ ve klinik olarak piyojenik granülom benzeri papüller, subkutan yerleşimli nodüller ve/veya plak tipinde lezyonlar ile karakterize vasküler proliferatif bir hastalıktır²⁻⁴. Etken Bartonella cinsinden Bartonella henselae veya Bartonella quintana adlı bakterilerdir²⁻⁵. Kediler bu bakteri türlerinin doğal rezervuarlarıdır ve BA'li hastalarda genellikle kedi ile temas öyküsü bulunmaktadır^{2-4,6}.

BA, başta HIV ile infekte kişilerde olmak üzere çeşitli nedenlerle immün sistemin baskılandığı durumlarda gelişmektedir²⁻⁷. Bununla beraber BA'in immünolojik yönden sağlam kişilerde görüldüğüne dair az sayıda bildiri mevcuttur⁴.

Bu makalede, başta HIV infeksiyonu olmak üzere immün yetmezliğe neden olabilecek herhangi bir patoloji tespit edilemeyen ve kedilerle temas öyküsü olmayan BA'li olgu, literatür bilgileri gözden geçirilerek sunulmaktadır.

Olgu

Yirmi üç yaşında bir erkek olgu, sağ ayak bileği bölgesinde 6 ay önce mor renkli küçük bir kabarıklık şeklinde başlayıp, daha sonra hafif büyüyüp sayıca artan lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Hastanın öyküsünde, şikayetlerini önceleri önemsemediğini fakat giderek lezyon sayısının artması ve kasiğında beze oluşması

Alındığı Tarih: 10.05.2002 **Kabul Tarihi:** 03.03.2003

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr. Ali Haydar Parlak, Abant İzzet Baysal Üniv. Düzce Tıp Fak. Dermatoloji AD, Konuralp/Düzce
Tel: 0 (380) 541 41 07, Fax: 0 (380) 541 42 13, E-mail: ahparlak@ibuduzce-tip.edu.tr

nedeni ile yaklaşık 1 ay önce doktora başvurduğunu ve adını hatırlayamadığı, 14 gün süren, bir antibiyoterapi kullandığını ancak fayda göremediğini belirtmekteydi. Kediler ile direkt temas öyküsü bulunmayan hastada, eşlik eden başka herhangi bir sistemik hastalık bulunmamaktaydı. Özgeçmiş, soygeçmiş, sistem sorgulaması ve fizik muayenesinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Dermatolojik muayenede; sağ ayak bileğinde, iç malleol üzerinde grup oluşturmuş, morumsu-kırmızı renkte, bazılarının üzeri ekskorye, 0,3-1 cm çaplarında 3-4 adet anjiomatöz papüler lezyon saptandı (Şekil 1). Sağ inguinal bölgede, orta sertlikte, mobil, 1x1.5 cm çapında 4 adet lenfadenopati tespit edildi. Saç, diş, tırnak ve oral mukoza muayenelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı.

Yapılan tetkiklerde tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, periferik yayma, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, abdominopelvik ultrasonografi ve PA akciğer grafileri normal olarak bulundu. Hepatit belirteçleri, anti-HIV ve VDRL tetkikleri negatif idi. Altı ay sonra tekrarlanan (ELISA yöntemi ile) anti-HIV testi negatif olarak bulundu.

Histopatolojik incelemede epitelde hiperkeratoz ve düzensiz akantoz, dermiste ödem, çok sayıda endotelleri şişkin damar yapısı ve perivasküler lenfosit ve nötrofil içeren infiltrasyon tespit edildi (Şekil 2). Retikülün gümüş boyası ile çok sayıda ekstraselüler basiller dikkati çekti (Şekil 3).

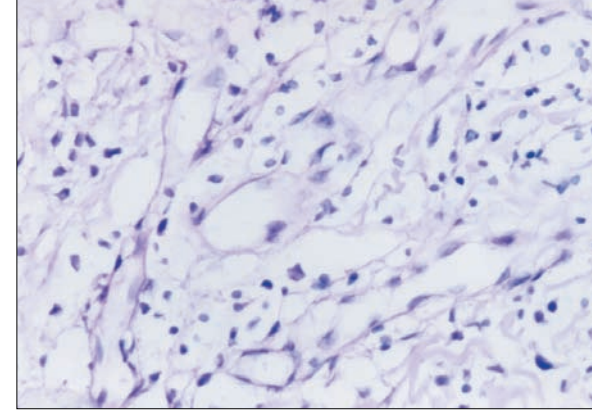


Şekil 1: Malleol üzerinde Kaposi sarkomu benzeri papüller.

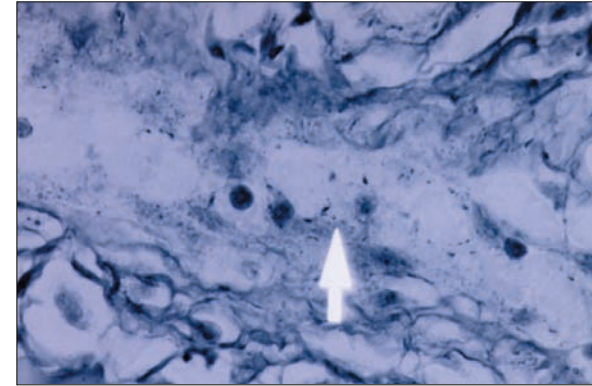
Mevcut klinik ve histopatolojik bulguları basiller anjiomatosis ile uyumlu bulunan hastaya, 2 gram/gün oral eritromisin tedavisi 6 hafta süre ile uygulandı. Üç hafta sonunda lezyonları tamamen iyileşen hastanın takip edildiği 7 ay süresinde rekürrens olmadı.

Tartışma

BA, esas olarak HIV enfeksiyonu ile birlikte görülür ve HIV enfeksiyonunda immün yetmezliğin ilk bulgusu olabilir²⁻¹¹. Bununla birlikte kronik lenfositik lösemi⁷, sistemik steroid kullanımı⁵, kemoterapi kullanımı^{3,4,6} ya da transplantasyona bağlı immünsupresyon⁸ ile de görülebileceği bildirilmiştir. Hastalığın immünolojik yönden sağlam bir kişide görüldüğüne dair ilk bildiri 1990 yılında Cockerell ve ark. tarafından yapılmıştır¹¹. Bu tarihten günümüze kadar, immüno-



Şekil 2: Çok sayıda endotelleri şişkin damar yapısı ve arada iltihabi hücreler görülmektedir (HE x 100).



Şekil 3: Çok sayıda ekstraselüler basiller görülmekte (Retikülün x 1000).

lojik yönden sağlam kişilerde görülen BA'e ait çok az sayıda vaka bildirisi mevcuttur. Hastamızda ELISA metodu ile 6 ay aralarla 2 kez çalışılan anti-HIV negatif olarak bulundu. Ayrıca hastamızda klinik veya laboratuvar olarak immünsupresyon yaratabilecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Olgumuzun immünojenik yönden sağlıklı olması, BA'in immün yetmezliği olmayan kişilerde de görülebileceğini desteklemektedir.

BA, deriyi ve iç organları tutabilen psödoneoplastik damar proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. En sık deriyi tutmakla beraber, lenfadenopati, mukoza (ağız, konjonktiva, solunum ve gastrointestinal) ve iç organların anjiomatöz lezyonları, merkezi sinir sistemi, kemik iliği ve kemik tutulumu bildirilmiştir^{2,6}. Hastalığın seyrinde, ateş, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, öksürük, kilo kaybı ve ishal gibi genel semptomlar görülebilir³. Kutane veya subkutan yerleşebilen, soliter veya multipl olabilen deri lezyonları, genellikle piyojenik granülom benzeri anjiomatöz papül ve nodül şeklinde veya hiperpigmente endüre plaklar şeklinde görülür^{8,12}. Piyojenik granülom benzeri lezyonlar, en sık görülen klinik form olup, çapları 1 mm'den birkaç cm'ye kadar değişebilen, yuvarlak veya oval şekilli, koyu kırmızı renkte, palpasyonla hassas, kolayca kanayabilen ve üzeri bazen hafif skuamli olan papül veya tümoral lezyonlarla karakterizedir³. BA, daha nadir olarak Kaposi sarkomu ve papüler anjiokeratoma benzeri lezyonlar şeklinde görülebilir^{12,13}. Olgumuzun lezyonları Kaposi sarkomuna benzer papüller şeklindeydi. İnguinal lenfadenopati dışında, sistemik tutuluma ait herhangi bir bulguya rastlanmadı.

Hastalığa neden olan bakteriler ilk kez 1992 yılında kedilerden kültüre edilmişlerdir³. Etken Bartonella (Rochalimaea) henselae ve Bartonella (Rochalimaea) quintana adlı bakterilerdir^{3,5}. Kediler bu bakteri türlerinin doğal rezervuarlarıdır^{2,4,14}. BA'li hastalar genellikle kedi beslemekte veya kedi ısırığı, yalaması ya da tırmalması gibi kedilerle temas öyküsü vermektedir. Bakterilerin infekte kedilerden insanlara bulaştırılmasında kedi pireleri, keneler, bitler, kumsal sinekleri ve akarlar gibi vektörler de sorumlu tutulmaktadır^{3,4,14}. Hastamızda lezyonların bulunduğu ayak bileğinin, özellikle çorap giyilmediği takdirde açıkta kalabilen ve oturulan mekanlarda kolaylıkla böcekler

tarafından ısırılabilen bir alan olduğu düşünüldüğünde, infekte kediden kan emerek basilleri alan bir vektörün etkeni bulaştırabileceği düşünüldü.

BA tanısı, basillerin histopatolojik olarak³ veya elektron mikroskopisi ile veya mikrobiyolojik tetkikler (kültür, PCR, seroloji) ile gösterilmesi esasına dayanır. Warthin-Starry metodu ya da diğer gümüş boyaları ile histopatolojik kesitlerde basillerin gösterilmesi en kolay ve en çok kullanılan tanı yöntemidir^{4,5,8-11,14,15}. Basillerin elektron mikroskopisi ile gösterildiği vaka bildirileri de mevcuttur^{7,11,14}. Bununla birlikte gümüş boyaları ile histopatolojik kesitlerde basillerin gösterilmesinin tanı için yeterli olduğu belirtilmiştir⁴. Ayrıca literatürde histopatolojik kesitlerde Warthin-Starry metodu ile basillerin gösterildiği ancak elektron mikroskopik olarak başarısız olunan vaka bildirileri de mevcuttur⁹. Bizim olgumuzda klinik bulgular ve histopatolojik kesitlerde retikülin gümüş boyaması ile ekstraselüler basillerin gözlenmesi BA tanısı için yeterli idi.

BA ile en çok karışabilen hastalıkların başında piyojenik granülom ve Kaposi sarkomu gelmektedir⁸. Özellikle piyojenik granülom, BA ile olan klinik benzerliği dışında, etyolojisinde de Bartonella'ların bulunma olasılığı nedeniyle önem taşımaktadır¹⁶. Bu iki hastalık bizim de biyopsi öncesi muhtemel tanılarımız arasında yer almaktaydı, ancak histopatolojik kesitlerde retikülin gümüş boyamasıyla basillerin gösterilmesiyle bu tanılar ekarte edildi. BA'in ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer hastalıklar botriyomikoz, senil anjioma, sklerozan hemanjioma, anjiokeratomlar, verrukalar, hızlı büyüyen herhangi bir subkutan nodül ve kriptokokkozistir³.

BA'de en çok tercih edilen tedavi şekli eritromisinin 2 gr/gün dozunda 2-8 hafta kadar kullanılması olmuştur^{2-11,14}. Ayrıca doksisisiklin, dapson, siprofloksasin, trimetoprim-sulfametoksazol ve azitromisin kullanımı ile de başarılı olunan olgular bildirilmiştir^{3,6,8}. Sistemik tedavi sonrası az sayıda papül veya nodül sebat ederse, eksizyon, elektrokoterizasyon, küretaj veya kriyoterapi gibi lokal tedavi yöntemlerinden yararlanılabilir⁶. Bizim olgumuzda da günde 4 kez 500 mg dozunda kullanılan eritromisin tedavisi küratif olmuş ve lezyonlar 3 hafta sonunda tamamen iyileşmiştir.

Sonuç olarak, sunulan olguda, başta HIV infeksiyonu olmak üzere immün yetmezlik yaratabilecek herhangi bir patolojinin tespit edilmemesi, kedilerle yakın temas öyküsünün olmaması, BA'in immün yetmezlik ve kediler tarafından tırmalanma bulunmadan da gelişebileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bununla birlikte, BA tanısı konulan tüm hastaların immün yetmezlik açısından titizlikle araştırılması gerekir. Hastamızda kedilerle direkt temas bulunmasa da etkenin bulaşmasında, infekte bir kediden kan emen ve daha sonra hastamızı ısıarak basilleri aktaran herhangi bir vektörün rolü bulunabileceği düşünüldü. BA, tedavi edilmediği takdirde viseral tutulum yaparak hayati tehdit oluşturabilmektedir. Bu nedenle erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi önemlidir. Klinik olarak piyogenik granülom, Kaposi sarkomu ve benzer vasküler lezyonlar düşünüldüğünde, ayırıcı tanıda BA mutlaka düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Stoler MH, Bongfiglio TA, Steigbigell RT, Pereira M: An atypical subcutaneous infection associated with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Clin Pathol* 1983; 80: 714-718.
2. Mat MC, Gökler G: Basilli (epiteloid) angiomatozis. *TURKDERM* 1993; 27: 207-210.
3. Karakaş M, Baba M, Memişoğlu HR: Basiller anjiomatosis. *TÜRKDERM* 2001; 35: 100-102.
4. Karakaş M, Baba M, Aksungur VL, Homan S, Memişoğlu HR, Uğuz A: Bacillary angiomatosis on a region of burned skin in a immunocompetent patient. *Br J Dermatol* 2000; 143: 609-611.
5. Schwartz RA, Gallardo MA, Kapila R, Gascon P, Herscu J, Siegel I, Lambert WC: Bacillary angiomatosis in an HIV seronegative patient on systemic steroid therapy. *Br J Dermatol* 1996; 135: 982-987.
6. Baykal C, Özkaya-Bayazit E, Büyükbabani N: Erüptif anjiomatöz lezyonlarda etyopatogenez ve ayırıcı tanı. *Turk J Dermatopathol* 1995; 3-4: 147-155.
7. Török L, Viragh SZ, Borka I, Tapai M: Bacillary angiomatosis in a patient with lymphocytic leukaemia. *Br J Dermatol* 1994; 130: 665-668.
8. Webster GF, Cockerell CJ, Friedman-Kien AE: The clinical spectrum of bacillary angiomatosis. *Br J Dermatol* 1992; 126: 535-541.
9. Szaniawski WK, Don PC, Bitterman SR, Schachner JR: Epitheloid angiomatosis in patients with AIDS. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 41-48.
10. Berger TG, Tappero JW, Kaymen A, LeBoit PE: Bacillary (epitheloid) angiomatosis and concurrent Kaposi's sarcoma in acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1543-1547.
11. Cockerell CJ, Bergstresser PR, Myrie-Williams C, Tierno PM: Bacillary epitheloid angiomatosis occurring in an immunocompetent individual. *Arch Dermatol* 1990; 126: 787-790.
12. Hoffman CF, Papadopoulus D, Palmer DM, Austin C, Gropper CA: A case report of bacillary angiomatosis in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Cutis* 2002; 69: 175-178.
13. Schwartz RA, Nychay SG, Janniger CK, Lambert WC: Bacillary angiomatosis: presentation of six patients, some with unusual features. *Br J Dermatol* 1997; 136: 60-65.
14. Tappero JW, Koehler JE, Berger TG, Cockerell CJ, Lee T-H, Busch MP, Stites DP, Mohle-Boetani J, Reingold AL, LeBoit PE: Bacillary angiomatosis and bacillary splenitis in immunocompetent adults. *Ann Int Med* 1993; 118: 363-365.
15. LeBoit PE: The expanding spectrum of a new disease, bacillary angiomatosis. *Arch Dermatol* 1990; 126: 808-811.
16. Lee J, Lynde C: Pyogenic granüloma: pyogenic again? Association between pyogenic granüloma and Bartonella. *J Cutan Med Surg* 2001; 5: 467-470.