

Kromblastomikozis, Olgu Sunumu

Zeynep Tosuner¹, Pelin Yıldız¹, Didem Dizman¹, Özlem Su¹, Füsün Can²,
Cüyan Demirkesen³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi,
Patoloji, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi, Mikrobiyoloji,
İstanbul, Türkiye

³Acıbadem Üniversitesi, Patoloji,
İstanbul, Türkiye

Zeynep Tosuner, Yrd. Doç. Dr.
Pelin Yıldız, Öğr. Gör. Uzm. Dr.
Didem Dizman, Uzm. Dr.
Özlem Su, Doç. Dr.
Füsün Can, Prof. Dr.
Cüyan Demirkesen, Prof. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Zeynep Tosuner
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Patoloji, İstanbul,
Türkiye
Tel: 0532 736 69 51
E-Posta: zeyneptosuner@yahoo.com.tr

Gönderilme Tarihi : 31 Ekim 2015
Revizyon Tarihi : 31 Ekim 2015
Kabul Tarihi : 01 Ocak 2016

ÖZET

Kromblastomikozis, Dematiaceae familyasından mantarların sebep olduğu, genellikle tropik bölgelerde görülen kronik bir mantar enfeksiyonudur. Yetmiş beş yaşında erkek hastanın ayak sırtında bir buçuk aydır olan, ağrısız nodülden alınan biyopsi, histolojik ve konvansiyonel histokimyasal inceleme sonucunda kromblastomikozis olarak değerlendirilmiştir. Olgu, beklenenin aksine sessiz bir kliniğe sahip olması ve nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: kromblastomikoz, feohifomikoz, mantar enfeksiyonu

CHROMOBLASTOMYCOSIS, A CASE REPORT

ABSTRACT

Chromoblastomycosis caused by Dematiaceae fungi family is a rare fungal infection which is usually reported in tropical regions. A 75-year-old male patient presenting with a painless nodule on the dorsum of his foot for one and a half month was diagnosed as chromoblastomycosis confirmed by histopathological and conventional histochemical evaluation of the punch biopsy taken from the lesion. This case is presented because of its rarity and the silent clinical presentation of the condition.

Key words: chromoblastomycosis, pheohyphomycosis, fungal infection

Kromblastomikozis, deri ve deri altı dokuyu etkileyen, yavaş progresyon gösteren nadir, kronik bir mantar enfeksiyonudur. Kromblastomikoza neden olan sekiz çeşit etken tanımlanmıştır. Bunlar Fonseceae pedrosoi (Phialophora pedrosoi) (1), Phialophora compacta (Fonseceae compacta) (2), Phialophora verrucosa, Cladosporium carrionii (3), Aureobasidium pullulans (4), Exophiala ve daha nadir olarak Rhinocladiella aquaspersa (Acrotheca aquaspersa) (5) türleridir. Tropik bölgelerde etiyojide en sık saptanan ajan Fonseceae pedrosoi, kuru iklimde sahip ülkelerde ise Cladophialophora carrionii'dir (6). Toprakta ve çürüyen sebzelerde bulunan mantar türleri, derinin diken veya kıymık ile travmatize olması sonucunda inokülasyon yolu ile derin mantar enfeksiyonuna yol açar (7). Bu makalede 75 yaşında bir erkek hastada, alt ekstremitede, nodüler bir lezyon olarak prezente olan bir kromblastomikoz olgusu sunulmuştur.

Olgu sunumu

Yetmiş beş yaşındaki erkek hasta Dermatoloji kliniğine sağ ayak bileğinde 1,5 aydır olan, ağrısız kabarık lezyon şikayetiyle başvurdu. Bilinen bir hastalığı bulunmayan, uzun yıllardır çiftçilikle uğraşan hasta, başvurduğu Dermatoloji polikliniğinde yapılan



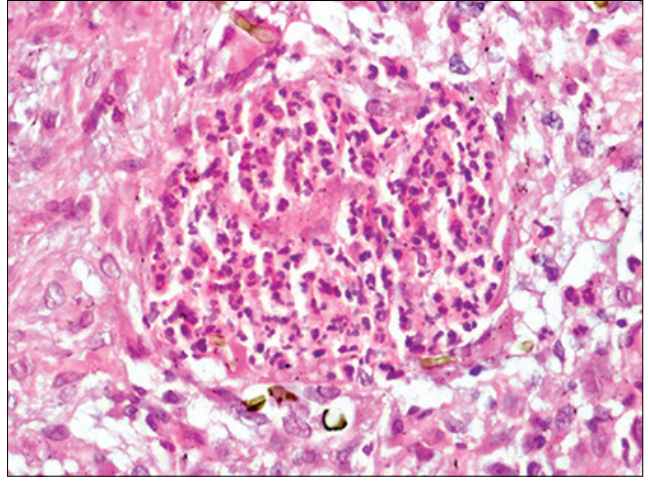
Şekil 1. Sağ ayak bileği orta hatta nodül

dermatolojik muayenesinde, sağ ayak bileği orta hatta, 1x0,8 cm çaplarında, şeffaf deri renginde, orta sertlikte bir nodül saptandı (Şekil 1). Pilomatriksoma, dev hücreli tendon tümörü, dermatofibrom ve Kaposi sarkomu ön tanıları ile punch biyopsi alındı.

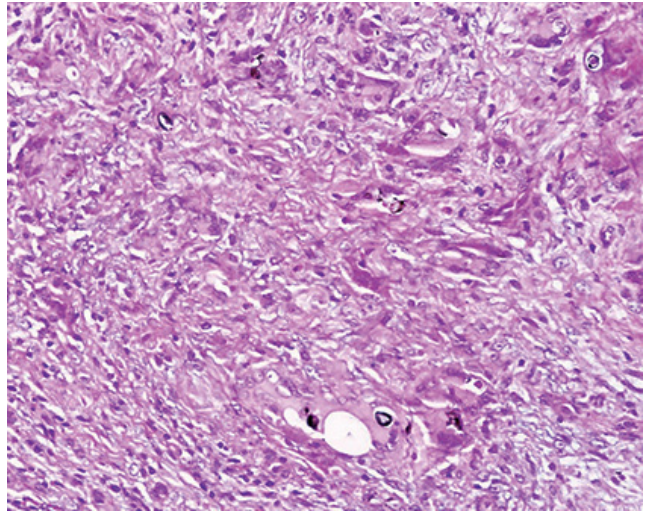
Biyopsi materyalinin histolojik incelemesinde epidermiste hafif akantoz dışında belirgin bir özellik izlenmedi. Üst dermiste damar proliferasyonu, bazı damarlar etrafında lenfosit ve histiyosit içeren hafif infiltrasyon mevcuttu. Orta ve alt dermiste ise fibrotik zeminde birbirleriyle birleşen geniş odaklar halinde epitelooid histiyosit ve çok çekirdekli dev hücrelerden oluşan granülomlar izlendi. Granülomların içinde yer yer mikroabse odakları dikkati çekmekteydi (Şekil 2). Çok çekirdekli dev hücrelerin sitoplazmalarında koyu sarı-kahverenkli pigment içeren, kalın duvarlı, yuvarlak formda sklerotik cisimcikler (Muriform hücreler, Medlar cisimcikleri), çoğu longitudinal bir kısmı transvers septasyon gösteren hif yapıları görüldü (Şekil 3, Şekil 4). Bunlarda Periodik asit Schiff (PAS) ve metanamin gümüş boyası (MSS) ile metakromazi saptandı (Şekil 5). Olgu süpüratif granülom oluşumu ile giden derin mantar enfeksiyonu olarak rapor edildi. Öncelikle kromblastomikoz açısından mikrobiyolojik inceleme önerildi. Ancak biopsi alınımından sonra lezyonun tamamen gerilediği dikkati çekti. Bu nedenle kültür yapılamadı. Antifungal tedavi verilmeksizin hasta takibe alındı. İki ay sonra yapılan dermatolojik muayenesinde bölgenin tamamen iyileştiği gözlemlendi. PAS ve MSS ile görülen mantara ait yapılar morfolojik açıdan bir mikrobiyoloji uzmanı tarafından değerlendirildi.

Tartışma

Kromblastomikoz olgularında primer lezyon zamanla büyüyen bir papül şeklindedir. Yerleşim yeri ve konak

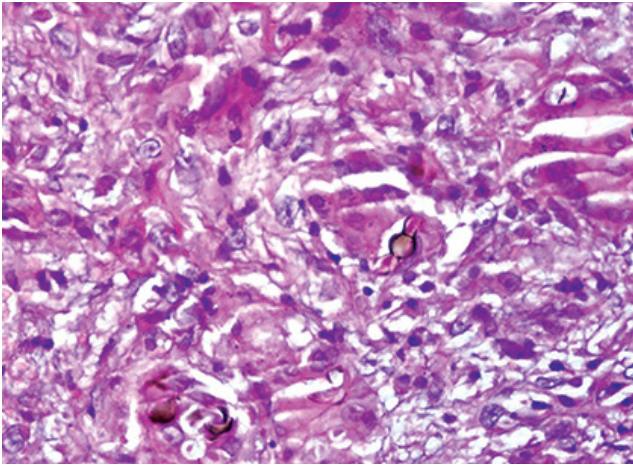


Şekil 2. Epitelooid histiyositlerden oluşan granülom yapıları, granülomların ortasında mikroabse odakları, Hematoksilen-Eozin x200

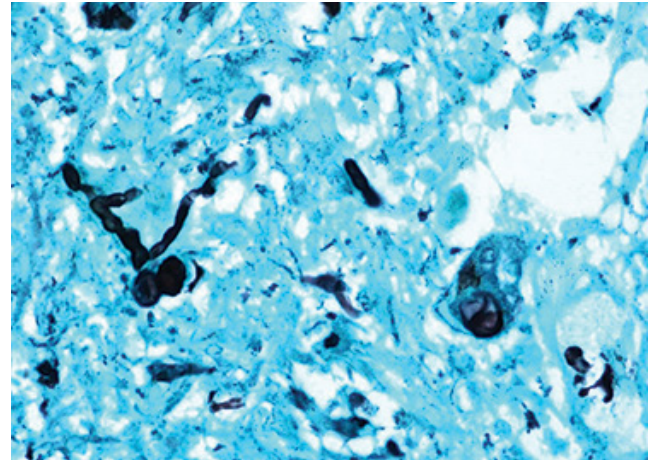


Şekil 3. Çok çekirdekli dev hücrelerin sitoplazmalarında koyu sarı- kahverenkli pigment içeren, kalın duvarlı, yuvarlak formda sklerotik cisimcikler (Muriform hücreler, Medlar cisimcikleri), hif yapıları, Hematoksilen-Eozin x200

yanıtı gibi faktörlere bağlı olarak primer lezyon, nodüler, tümöral, verrüköz, sikatrisyel ve plak lezyonları şeklinde karşımıza çıkabilir (8,9) Küçük lezyonlar verrüköz görünümlü olup siğil ile karışabilir (10) Kronik, yavaş progresyon gösteren veya asemptomatik klinik seyir izlenebilir (11). Nodüler lezyonlar genellikle skatris bırakarak iyileşir (8). Lezyon genellikle lokalize olarak kalır, ancak lenfatiklerle veya hastanın kaşınması sonucu inokülasyon yolu ile yayılabildiği bilinmektedir (6). Olgumuzda lezyon küçük verrüköz sınırlı bir lezyon şeklinde ortaya çıktı. Klinik olarak derin mantar enfeksiyonunu düşündürecek bir bulgu bulunmamaktaydı. Ön planda subkutan nodül oluşumuna neden olabilecek enfeksiyon dışı neoplastik ve non-neoplastik lezyonlar düşünülerek, tanı amaçlı biyopsi alınmıştı. Patolojik inceleme sonucunda derin mantar enfeksiyonu olduğu anlaşılmıştır.



Şekil 4. Muriform hücreleri, septasyon gösteren hif yapıları Hematoxylin-Eozin x400



Şekil 5. Grocott x400

Kromoblastomikoz olgularında genellikle kronik, yavaş progresyon veya asemptomatik klinik seyir görülmektedir (11). Lezyonların progresyon göstermesi halinde kronik inflamasyon ve fibröz skar oluşumu sonrasında malign melanom ve skuamöz hücreli karsinom gelişimi bildirilmiştir (12,13). Gluteal bölgede kromoblastomikoz enfeksiyonu zemininde gelişen ve hastanın ölümüne neden olan skuamöz hücreli karsinom olgusu da literatürde bulunmaktadır (14).

Erkeklerde ve tarım ile uğraşanlarda sık görüldüğü bildirilmiştir (11) Hastamız çiftçilikle uğraşmaktadır. Enfeksiyonun sıklıkla travmatik inokulasyonla meydana geldiği bildirilmektedir. Daha nadiren böcek ısırığı gibi vektör yolu ile enfeksiyon oluşabileceği bilinmektedir. Konakta yumuşak dokuya yayılımın bitki fragmanları yolu ile olabileceği düşünülmektedir (8,9). Kromoblastomikoz genellikle alt ekstremitelerde

görülür (10). Nadiren yüz (15), oral kavite (16), boyun (17), penil shaft ve vulvada (2) tariflenmiştir. Detaylı klinik sorgulamada hasta diken batması veya travma tanımlanarak birlikte yine de bu olasılıklar göz önüne alınmıştır.

Sonuç

Kromoblastomikozda tedavi seçenekleri arasında cerrahi, ısı tedavisi, ilaç tedavisi veya bu yöntemlerin kombinasyonları bulunmaktadır (6). Antifungal tedavide terbinafin ve itraconazol tek başına veya kombinasyon şeklinde kullanılabilir (6). Olgumuzun klinik takibinde eski enfeksiyon yeri değerlendirildiğinde skatris bırakmadığı, biyopsi alınan alanda derinin tamamen iyileştiği göze çarpmaktaydı. Alınan biyopsi ile lezyonun büyük kısmının çıkarılmış olması ve sonrasında verilen antifungal tedavi sonrasında tam iyileşme sağlanmış olabileceği düşünülmüştür.

Kaynaklar

- Hiruma M, Ohnishi Y, Ohata H, et al. Chromomycosis of the breast. *Int J Dermatol* 1992;31:184-5.
- Sharma NL, Sharma RC, Grover PS, Gupta ML, Sharma AK, Mahajan VK. Chromoblastomycosis in India. *Int J Dermatol* 1999;38:846-51.
- Ezughah FI, Orpin S, Finch TM, Colloby PS. Chromoblastomycosis imported from Malta. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:486-7.
- Redondo-Bellon P, Idoate M, Rubio M, Ignacio Herrero J. Chromoblastomycosis produced by *Aureobasidium pullulans* in an immunosuppressed patient. *Arch Dermatol* 1997;133:663-4.
- Fukushiro R. Chromomycosis in Japan. *Int J Dermatol* 1983;22:221-9.
- Ameen M. Chromoblastomycosis: clinical presentation and management. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:849-54. doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03415.x
- Lopez Martinez R, Mendez Tovar LJ. Chromoblastomycosis. *Clin Dermatol* 2007;25:188-94. doi: 10.1016/j.clindermatol.2006.05.007
- Salgado CG, da Silva JP, da Silva MB, da Costa PF, Salgado UI. Cutaneous diffuse chromoblastomycosis. *Lancet Infect Dis* 2005;5:528. doi: 10.1016/S1473-3099(05)70195-X
- Esterre P, Queiroz-Telles F. Management of chromoblastomycosis: novel perspectives. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19:148-52. doi: 10.1097/01.qco.0000216625.28692.67
- Vijaya D, Kumar BH. Chromoblastomycosis. *Mycoses* 2005;48:82-4. doi: 10.1111/j.1439-0507.2004.01060.x
- Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Saul A. Chromoblastomycosis: clinical and mycologic experience of 51 cases. *Mycoses* 2001;44:1-7.
- dos Santos Gon A, Minelli L. Melanoma in a long-standing lesion of chromoblastomycosis. *Int J Dermatol* 2006;45:1331-3. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02757.x
- Minotto R, Bernardi CD, Mallmann LF, Edelweiss MI, Scroferneker ML. Chromoblastomycosis: a review of 100 cases in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:585-92. doi: 10.1067/mjd.2001.112220
- Torres E, Beristain JG, Lievanos Z, Arenas R. Chromoblastomycosis associated with a lethal squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2010;85:267-70.
- Verma S, Verma GK, Singh G, Kanga A, Sharma V, Gautam N. Facial chromoblastomycosis in sub-Himalayan region misdiagnosed as cutaneous leishmaniasis: brief report and review of Indian literature. *Dermatol Online J* 2012;18:3.
- Fatemi MJ, Bateni H. Oral chromoblastomycosis: a case report. *Iran J Microbiol* 2012;4:40-3.
- Gruber B, Rippon JW, Dayal VS. Phaeomycotic cyst (chromoblastomycosis) of the neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:1031-2.