

Subkutan granüloma annulare

Subcutaneous granuloma annulare

Türkmen M¹ Ertam İ¹ Kandiloğlu G² Dereli T¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, İzmir, Türkiye

Özet

Beş yaşında erkek hasta iki yıldır alt ekstremitelerde yer alan ağrısız, sert, mobil subkutan nodüller nedeni ile başvurdu. Nodüllerden birinin histopatolojik incelemesi "palizadik granülom"la uyumlu bulundu. Romatoid faktörü ve diğer immünolojik belirteçleri negatif saptandı. Hastaya klinik ve laboratuvar bulgularıyla romatoid artrit dışlandıktan sonra 'subkutan granüloma annulare (SGA)' tanısı koyuldu. Benign romatoid nodül, psödoromatoid nodül olarak da adlandırılan subkutan granüloma annulare (SGA), dermis ve subkutan dokunun benign granüloamatöz hastalığıdır. Ekstremitelerin ekstansör yüzleri, palmoplantar alanlar ve saçlı deri yerleşimli ağrısız, inflamasyon bulgularının eşlik etmediği, mobil subkutan nodüllerle karakterizedir. SGA, klinik ve histopatolojik olarak romatoid nodüllerle karışabileceğinden hastaların dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Burada, SGA tanısı alan bir olgu tipik klinik görünümüne dikkat çekmek ve literatür ışığında tartışmak amacıyla sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: subkutan granüloma annulare, romatoid nodül, palizadik granülom.

Summary

A 5-year old boy presented with a two year history of painless, firm, mobile subcutaneous nodules on his lower extremities. Histopathologic examination of one of these nodules revealed palisading granuloma. Rheumatoid factor and other immunologic markers were negative. After exclusion of rheumatic arthritis by evaluation with clinical and laboratory findings, he was diagnosed with 'subcutaneous granuloma annulare (SGA)'. SGA, known as benign rheumatoid nodule or pseudorheumatoid nodule, is a benign granulomatous disease of the dermis and subcutaneous tissue. It is characterized by painless, mobile, subcutaneous nodules with no inflammatory appearance at the skin surface, most commonly located on the anterior aspects of the extremities, palmo-plantar area and head. The patient should be evaluated carefully since SGA resembles rheumatoid nodules, both clinically and on histopathologic examination. Here a case of SGA is presented because of its typical clinical appearance and is discussed on the basis of a literature review.

Key Words: subcutaneous granuloma annulare, rheumatoid nodule, palisading granuloma.

Giriş

Granüloma annulare (GA), dermis ve subkutan dokunun benign, spontan iyileşme ile sonlanan granüloamatöz hastalığıdır. Lokalize, jeneralize, perforan ve subkutan olmak üzere dört alt tipi bulunmaktadır. Benign romatoid nodül, psödoromatoid nodül olarak da adlandırılan subkutan granüloma annulare (SGA), granüloma annularenin nadir görülen klinikopatolojik varyantı olarak kabul edilmektedir (1,2).

Klinik olarak, sıklıkla alt ekstremitelerin ekstansör yüzleri, palmar-plantar alan ve parmaklar, nadiren de saçlı deri yerleşimli ağrısız, inflamasyon bulgularının eşlik etmediği, deri ile aynı renkte, sert, mobil nodüllerle karakterizedir. Her yaşta görülebilmekle birlikte 2-5 yaş arası çocukluk döneminde ve kız çocuklarında daha siktir (3,4). Etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Travma, böcek sokmaları, viral infeksiyonlar, UV maruziyeti suçlanan nedenler arasında yer alır (2,5). Genellikle yürüme ve ayakkabı giyme yaşında ortaya çıkması ve alt ekstremiteler yerleşim göstermesi travmanın etyolojide önemli rol oynadığını düşündürmektedir (6,7).

Yazışma Adresi: Meltem TÜRKMEN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İZMİR
Makalenin Geliş Tarihi: 12.01.2010 Kabul Tarihi: 16.02.2010

Olgu

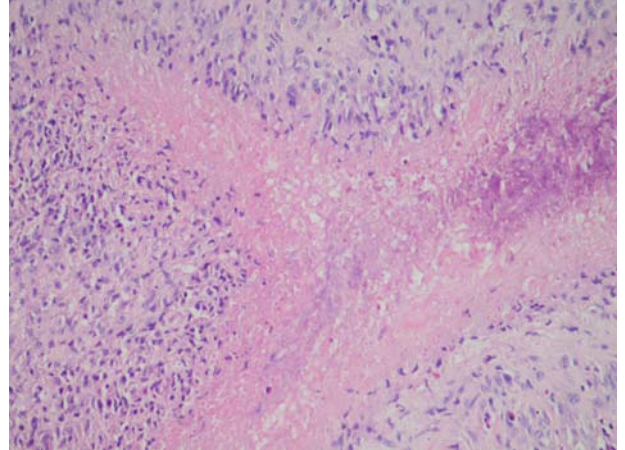
Beş yaşında erkek hasta her iki ayak bileği ve ayak sırtında ağrısız, şişlikler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Ailesi, lezyonların yaklaşık iki yıl önce, ilk olarak sağ ayak bileği lateralinde ağrısız, küçük bir şişlik şeklinde başladığını, kısa sürede büyüme gösterdiğini ve son bir yıldır da diğer ayak bileği ve ayak sırtında da buna benzer şişliklerin geliştiğini belirtti. Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik bulunmayan hasta, eklem ağrısı, ateş, halsizlik, sabah tutukluğu ve sık enfeksiyon geçirme öyküsü tariflemiyordu. Dermatolojik muayenesinde, her iki ayak bileği etrafında ve ayak sırtında, deri ile aynı renkte, sert, 1-2cm çaplarında hareketli nodüller gözlemlendi (Resim-1,2). Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, periferik yayma, karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, rutin idrar analizi, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein düzeyleri normal sınırlarda idi. Romatoid faktör (RF), Antinükleer antikor (ANA), anti-DNA negatif saptandı. Yumuşak doku ultrasonografisi ve manyetik rezonans incelemede kemik invazyonunun bulunmadığı, 0,5-2,5 cm boyutlarında yumuşak doku kitleleri saptandı. Nodüllerden biri eksize edildi ve histopatolojik incelemesinde subkutan dokuda yerleşim gösteren kollajen doku nekrozu etrafında palizadik dizilim yapan histiyositler ve lenfositler tesbit edildi (Resim-3,4). Alcian blue boyası ile yapılan incelemede stromal müsin birikimi gözlemlendi (Resim-5). Hasta klinik ve laboratuvar bulgularıyla SGA tanısı ile takibe alındı.



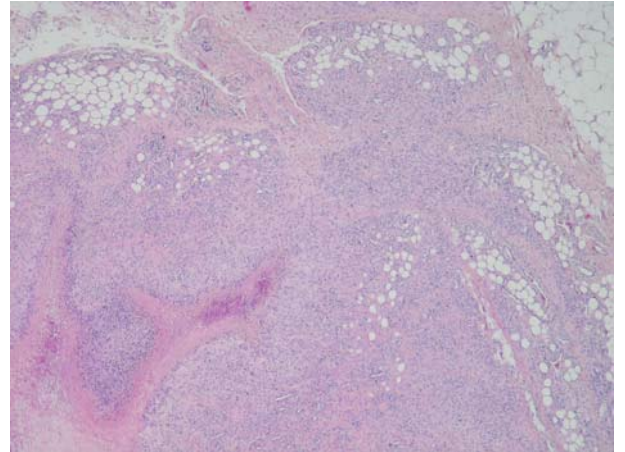
Resim-1: Ayak bileği medial malleol üzerinde yer alan subkutan nodül



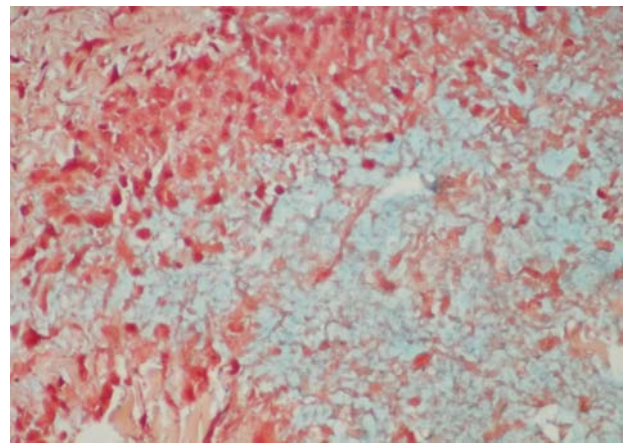
Resim-2: Ayak dorsumunda yerleşim gösteren subkutan nodül.



Resim-3: Subkutan dokuda yerleşim gösteren nekrotik kollajen yapı etrafında palizadik histiyositler ve lenfositler H&E, 220X.



Resim-4: Deri altı yağ dokusu içinde yoğun yangısal reaksiyon ve fibrinoid nekroz çevresinde palizadik dizilim yapan histiositler (sol at) H&E 44X.



Resim-5: Stromal müsin birikimi Alcian blue, 40X.

Tartışma

Subkutan granuloma annulare klinik ve histopatolojik olarak en sık romatoid nodüller ile karışabilmektedir

(6,8,9). Tedavi yaklaşımı ve prognozun farklı olduğu bu iki klinik tabloyu ayırmak önemlidir. SGA'da histopatolojik olarak ve bağ dokusunda fibrinoid nekrozun çevresinde palisadik dizilim gösteren histiyositler ve buna eşlik eden diğer inflamatuvar hücreler saptanır (2,9). Merkezde fibrine benzer bir görünüm kazanan dejenere kollajen lifleri dikkat çeker. Bu histopatolojik görünüm romatoid nodüller ve erişkinde nekrobiyozis lipoidika ile benzerlik gösterir (2,8). Klinik ayırıcı tanıda yer alan diğer hastalıklar arasında kistler, subkutanöz sarkoidoz, metastaz, osteom ve infeksiyonlar yer alır (2,9). Hastalar; eşlik eden ateş, eklem ağrısı, kilo kaybı, lezyonlarının ağrılı olup olmadığı gibi klinik semptomlar açısından detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı ve ANA, anti-DNA gibi immünolojik belirteçler, gerekirse x-ray, manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri ayırıcı tanı amacıyla kullanılabilir. Radyolojik incelemede SGA subkutan nodüller şeklindedir (10). Benign seyirli olan bu hastalık, genellikle aylar yada yıllar içinde kendiliğinden iyileşme ile sonlanır ancak nodüller %30-70 oranında

aynı yada farklı bir lokalizasyonda tekrarlayabilmektedir (7,8,9,11). Otuzdört SGA hastası ile yapılan bir çalışmada, 1ay-7 yıl arasında bölgesel tekrar oranı %38.2, uzak rekürrens oranı %14.7 saptanmıştır (8).

Granüloma annülar, diyabetes mellitus gibi sistemik hastalıklara eşlik edebilmekle birlikte yapılan çalışmalarda SGA'nın diyabet, bağ doku hastalıkları ve romatolojik hastalıklarla ilişkisi saptanmamıştır (4,7,8). Bizim olgumuzda da sistemik hastalık yoktur.

SGA tedavisinde CO2 laser (12), intralezyonel steroid enjeksiyonu (2), kriyocerrahi (13) denenmiş ise de, spontan rezolüsyon gösterdiği için genellikle tedavi önerilmemektedir (2,9,11). Eksizyon tanı amaçlı yapılabilir ancak rekürrens nedeniyle küratif değildir.

Nadir görülmesine rağmen sadece subkutan nodüllerle gelen asemptomatik çocuklarda SGA düşünülmelidir. Burada klinik ve patolojik bulguları ile SGA tanısı alan beş yaşındaki olgu, nadir görülen bu hastalığa dikkat çekmek ve literatür ışığında tartışmak amacıyla sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Neto Pimentel DR, Michalany N, De Abreu MA, Alchorne M. Multiple deep granuloma annulare limited to the cephalic segment in childhood. *Pediatr Dermatol.* 2008;25(3): 407-8.
2. Requena L, Fernández-Figueras MT. Subcutaneous granuloma annulare. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26(2):96-9.
3. De Aloe G, Risulo M, Sbrano P, De Nisi MC, Fimiani M. Subcutaneous granuloma annulare in an adult patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(4):462-4.
4. Hutcheson AC, Hurray DH, Smith MT, Shannon AB. Subcutaneous granuloma annulare of the scalp: a case report and case review. *Cutis.* 2005;76(6):377-82.
5. Chang SE, Bae GY, Moon KC, Do SH, Lim YJ. Subcutaneous granuloma annulare following herpes zoster. *Int J Dermatol.* 2004;43(4):298-9.
6. Letts M, Carpenter B, Soucy P, Davidson D. Subcutaneous granuloma annulare of the extremities in children. *Can J Surg.* 2000;43(6):425-30.
7. Evans MJ, Blessing K, Gray ES. Pseudorheumatoid nodule of childhood: clinicopathologic features of twenty patients. *Pediatr Dermatol.* 1994;11(1):6-9.
8. Grogg KL, Nascimento AG. Subcutaneous granuloma annulare in childhood: clinicopathologic features in 34 cases. *Pediatrics.* 2001;107(3):E42.
9. Hacıhamdioglu B, Ozcan A, Kalman S. Subcutaneous granuloma annulare in a child: a case report. *Clin Pediatr (Phila).* 2008;47(3):306-8.
10. Kransdorf MJ, Murphey MD, Temple HT. Subcutaneous granuloma annulare: a radiologic appearance. *Skeletal Radiol.* 1998;27(5):266-70.
11. Felner EI, Steinberg JB, Weinberg AG. Subcutaneous granuloma annulare: a review of 47 cases. *Pediatrics.* 1997;100(6): 965-7.
12. P. Rouilleault, CO₂ laser and granuloma annulare. *J Dermatol Surg Oncol.* 1988;14(2):120.
13. U. Blume-Peytavi, C.C. Zouboulis and H. Jacobi et al., Successful outcome of cryosurgery in patients with granuloma annulare. *Br J Dermatol.* 1994;130:494-7