

# Streptokoksik tonsillit sonrası gelişen akut palmoplantar püstüler döküntü: olgu sunumu

*Acute palmoplantar pustules after a streptococcic tonsillitis: a case report*

**Kemal Avcı, Gülay Özel Şahin, Sinan Karakadıoğlu, İpek Erbarut, Osman Ufacık**

İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği (Uz. Dr. K. Avcı), Dermatoloji Kliniği (Uz. Dr. G. Özel Şahin), Mikrobiyoloji Laboratuvarı (Uz. Dr. S. Karakadıoğlu), Patoloji Laboratuvarı (Uz. Dr. İ. Erbarut), Kardiyoloji Kliniği (Uz. Dr. O. Ufacık), Hakkari Devlet Hastanesi, TR-30000, Hakkari.

## Özet

Akut palmoplantar püstülozis (PPP), kronik PPP ve püstüler psoriyazis arasındaki ilişki halen tartışmalıdır. Literatürde tonsillit, sinüzit ve farenjit gibi bir üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası gelişen olgu sunumları mevcuttur. Akut olguların prognozunun daha iyi olması nedeniyle akut ve kronik PPP olgularının ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. Burada literatürde nadir görülen tonsillit sonrası gelişmiş olan bir akut PPP olgusu sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** tonsillit, palmar, plantar, püstülozis

## Abstract

The relationship between acute palmoplantar pustulosis (PPP), chronic PPP and pustular psoriasis is disputable. There are case reports which starts after an upper respiratory tract infection like tonsillitis, sinusitis, pharyngitis. It is important to make the differential diagnosis of acute PPP and chronic PPP as the prognosis of acute PPP is generally good. In this paper we present an acute palmoplantar pustulosis case report which starts after tonsillitis and seen quite rare in literature.

**Keywords:** Tonsillitis, palmar, plantar, pustulosis

**Geliş tarihi/Received:** 09 Eylül 2009; **Kabul tarihi/Accepted:** 30 Kasım 2009

## İletişim adresi:

Uz. Dr. Kemal Avcı, Hakkari Devlet Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları Kliniği, TR-30000, Hakkari

Email: drkavsar@hotmail.com

## Giriş

Palmoplantar püstülozis, patogenezi bilinmeyen bir hastalıktır. Önceleri püstüler psoriasisin bir formu olduğu düşünölmekle birlikte, son zamanlarda ayrı bir antite olarak kabul edilmektedir. Deride proteaz/antiproteaz sistemindeki bir dengesizlik sonucu ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Çođunlukla kontakt alerjenlerle temas, sigara, tiroid hastalıkları, *H. pylori* enfeksiyonu ve psikolojik faktörler gibi tetikleyicilerle lezyonlar ortaya çıkabilir [1, 2]. Çođunlukla kronik seyirli olmasına karşın, akut klinik tablolarla da karşılaşılabilir [3]. Bu yazıda nadir görölməsi nedeniyle, tonsillit sonrası gelişen bir akut palmoplantar püstülozis olgusu sunulmaktadır.

## Olgu

Elli dokuz yaşındaki bayan hasta polikliniğimize yüksek ateş ve boğaz ağrısı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde beş yıldır devam eden hipertansiyon, bir yıldır diabetes mellitus ve bir yıldır astım hastalığı öyküsü olan hastanın düzenli bir ilaç kullanımı yoktu. Hastada

kişisel ya da ailesel psoriasis öyküsü yoktu. Alışkanlıkları arasında beş yıldır sigara içme öyküsü vardı.

Fizik muayenesinde ateş: 38 °C, nabız: 90/dk, solunum sayısı: 20/dk, tansiyon arteryel: 110/80mm/Hg olan hastanın patolojik muayene bulgusu olarak tonsilleri hipertrofik ve kriptik olarak değerlendirildi. Hastanın klinik takiplerinde tüm kültürleri alındıktan sonra hikayesinde penisilin alerjisi olması nedeniyle parenteral 2x1 gr sefazolin tedavisi başlandı. Astım hastalığı öyküsü olması nedeniyle akut alevlenme olabileceği düşünülerek tedaviye 1x500 mg levofloksasin parenteral olarak eklendi. Kan şekeri düzeyi yüksek olan hastaya insülin tedavisi başlanarak kan şekeri düzeyleri regüle edildi. Hastanın laboratuvar takip değerleri tablo 1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1. Takip edilen olguya ait laboratuvar değerleri.**

	06.02.2009	16.02.2009	20.02.2009
Lökosit sayısı (hücre/ $\mu$ L)	12000	15400	11400
CRP (mg/dL)	10,3	103,7	4,8
ASO (IU/L)	-	692	1165

Hastanın klinik takiplerinde yatışında alınan boğaz kültüründe A grubu beta hemolitik streptokoklar üredi. Tedavinin 3. gününden itibaren her iki el palmar ve her iki ayağının plantar yüzeylerinde püstüler lezyonları ortaya çıkan hastanın daha sonra bu lezyonlarının kahverengi maküler lezyonlarla sonlandığı görüldü (Resim 1a ve b).

Hastanın periferik yaymasında eozinofili saptanmadı. Hepatit belirteçleri ve immünglobulinleri normal değerlerdeydi. Püstüler lezyonlardan alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde intraepidermal nötrofillerden oluşan püstül oluşumu, spongiyoz ve perivasküler lökosit infiltrasyonu ile birlikte palmopantar püstülozis tanısı kondu.

Kardiyolojik muayenede patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın yapılan ekokardiyografisi sonucunda kalp kapaklarında vejetasyon ile uyumlu bir bulguya rastlanmadı.



**Resim 1a ve b. Tedavinin üçüncü gününde ortaya çıkan lezyonların klinik seyri.**

### Tartışma

Olgumuz tonsillit sonrası gelişen el ve ayakların palmar ve plantar yüzeylerinin tutulumu ile birlikte olan, palmopantar püstülozis (PPP) tanımına uymaktadır. Palmopantar püstülozis, etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmasına karşın; genetik faktörler, sigara kullanımı, otoimmünite, enfeksiyonlar, tiroid patolojileri ve kontakt hipersensitivite gibi faktörler etyolojide rol oynamaktadır [1]. Olgumuzda tonsillit

kliniğinin olması enfeksiyöz etyolojiyi desteklemektedir. Olgumuzun tiroid fonksiyon testlerinde ise herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır. Diğer taraftan bu olgular sigara içenlerde ve 40-50 yaş grubunda daha sık görülmektedir. Bizim olgumuzda da tedavi altında bile hastanın sigara içme öyküsü olup, yaş grubu da benzerlik göstermektedir [2].

İlk defa 1933 yılında el ve ayakların palmar ve plantar bölgelerinin dirençli püstüler döküntülerinin uzak bir noktadaki enfeksiyon tarafından oluşturulabileceği düşünülmüş ve daha sonra bu olgular için püstüler bakterid terimini önerilmiştir [3]. Daha sonra püstüler psöriyazis ve akrodermatite benzer özellik gösteren ancak birlikte bir enfeksiyon odağının da olduğu ve enfeksiyonun tedavi edildiği takdirde tablonun iyileştiğini öne sürülmüştür [4].

Palmoplantar püstülozis avuç içleri ve ayak tabanlarında inatçı veziko-püstüler elemanlar, eritem ve skuamalarla karakterize bir tablodur. Genellikle 20-60 yaş arası kişilerde ve kadınlarda görülür [5]. Tonsillit, diş enfeksiyonları, farenjit ve sinüzitin yanısıra *H. pylori* ile de ilişki bildirilmiştir [6]. Sigara içenlerde daha sık görülür, genetik faktörler, otoimmünite, tiroid patolojileri ve hipersensitivite reaksiyonları gibi faktörler etyolojide rol oynamaktadır [1].

Literatürde bir enfeksiyonu takip eden akut palmoplantar püstüler döküntülü olguların nadir de olsa bildirildiğini görmekteyiz. Palmoplantar püstülozis üst solunum yolu enfeksiyonu sonucu başlayıp hızla kaybolabilen akut klinik bir formda ortaya çıkabilir. Burge ve Ryan [3] bir enfeksiyon ile tetiklenen beş adet akut palmoplantar olgusu tanımlamışlardır.

Akut palmoplantar püstülozis kronik PPP'den hızlı başlangıç ve bir takım klinik özellikler ile ayrılmaktadır. Akut PPP olgularında öncesinde sıklıkla bir üst solunum yolu enfeksiyonu vardır, 24-48 saat gibi bir zaman dilimi içinde akut bir başlangıç gösterirler. Lezyonların görüntüsü etrafında dar eritemli halo ile birbirinden ayrı uniloküler 5-10 mm boyutlarında püstüller şeklindedir ve bu püstüller avuç içi ile ayak tabanlarından başlayarak parmaklar, el ve ayakların dorsal kısmına ilerleyebilirler. Son olarak akut PPP olguları 2-3 hafta gibi bir zaman dilimi içinde süratle iyileşirler [3]. Bizim olgumuz lezyonların öncesinde tonsillit kliniğinin olması, saatler içinde ani başlangıç göstermesi ve iki hafta içinde tonsillitin tedavisiyle iyileşmesi açısından akut PPP kliniğine uymaktadır.

Ayırıcı tanıda akut akropüstüloz düşünülmüştür. Akut akropüstüloz, akut generalize ekzantematöz püstülozisin (AGEP) avuç içi ve ayak tabanına sınırlı kalması durumunda oluşan tablodur. AGEP'in ilaca bağlı bir tablo olduğu düşünülmektedir. Özellikle antibiyotikler olmak üzere birçok çeşit ilaç kullanımı sonrasında 7-10 gün içinde ortaya çıkmaktadır [7]. Olgumuzda düzenli ya da arasıra alınan ilaç hikayesinin olmaması, histopatolojik olarak ve periferik eozinofili görülmemesi nedeniyle ilaç erupsiyonu düşünülmemiştir.

Yaklaşık beş aylık takibimizde yeni bir atak görülmeyen olgumuz, üst solunum yolu enfeksiyonu sonucu tetiklenmiş olan akut palmoplantar püstülozis olarak tanı almış ve literatürde bu tür olguların nadir görülmesinden dolayı sunulmaya değer bulunmuştur.

### Kaynaklar

1. Mansur A.T. Palmoplantar Püstülozlu Hastalarda Etiyopatogeneze Sorumlu Faktörlerin Araştırılması ve Serumda Antigliadin Antikor Düzeylerinin Tespiti. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği. İstanbul; 2005.
2. Baughman RD. Psoriasis and cigarettes. Arch Dermatol 1993; 129: 1329-30.
3. Burge S.M, Ryan T.J. Acute palmoplantar pustulosis. Br J Dermatol 1985; 113: 77-83.

4. Gerwels JW. Palmoplantar pustulosis. *Clinical Dermatology*. Eds. Demis DJ. Philadelphia, Lippincott Raven, 1999; Unit 1-4.
5. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrews. Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 9th. Ed. Philadelphia, Saunders, 2000, p: 214-53.
6. Sáez-Rodríguez M, Noda-Cabrera A, García-Bustínduy M, Guimerá-Martín-Neda F, Dorta-Alom S, Escoda-García M, Fagundo-González E, Sánchez-González R, Rodríguez-García F, García-Montelongo R. Palmoplantar pustulosis associated with gastric *Helicobacter pylori* infection. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27: 720.
7. Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C, Guillaume JC, Bernard P, Lok C, Plantin P, Claudy A, Delavierre C, Vaillant L. Acute generalized exanthematous pustulosis. Analysis of 63 cases. *Arch Dermatol* 1991; 127: 1333-8.