

İmmün Düşkün Bir Hastada Gelişen Kütanöz Mukormikozis: Olgu Sunumu

E. Gündüz¹, O. M. Akay¹, H. Ü. Teke¹, N. Erben², Z. Gülbaş¹

¹ Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Eskişehir

² Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Mukormikozis nadir görülen, invaziv ve fulminan seyirli saprofitik bir fungal infeksiyondur. *Mucor* cinsi mantarlar çevremizde yaygın olarak bulunmasına rağmen genellikle diyabetik ve immün düşkün hastalarda infeksiyona yol açar. Rinoserebral, akciğer, cilt, gastrointestinal sistem ve deri tutulumu olabileceği gibi yaygın olarak da karşımıza çıkabilir. Hastalık vasküler invazyon, tromboz ve doku nekrozuyla karakterizedir. Biz de burada ön kolda mukora bağlı nekroz gelişen ve antifungal tedaviye rağmen debridman ve greft gereksinimi gösteren olgumuzu sunduk. Kırk dört yaşında erkek hasta ateş, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurdu. Trombositopeni ve beyaz küre yüksekliği mevcut olan hastaya yapılan tetkikler sonucu Philadelphia kromozomu (+) akut lenfoblastik lösemi tanısı kondu. Hidroksiüre ve takiben vinkristin + metilprednizolon ile sitoreduksiyon, daha sonra da imatinib + L-asparajinaz, metilprednizolon, vinkristin, siklofosamid ve daunorubisinli remisyon indüksiyon protokolü başlandı. Bu arada hastada steroide bağlı olduğu düşünülen kan şekeri yüksekliği de gelişti. Ateşe yönelik piperasilin-tazobaktam ve amikasin altında ateşi kontrolde olan hastanın sol ön kolda intraket giriş bölgesine uyan yerde eritem, endürasyon takiben nekrotik özellikte büllöz lezyon gelişti. Lokal mupirosin, serum fizyolojik ve elevasyon uygulanan hastadan ektima gangrenosum ön tanısıyla punch biyopsi alındı, Gram doku kültürü gönderildi. Gram doku kültüründe *Mucorales* spp. izole edilen hastaya klasik amfoterisin B başlandı ancak azotemi gelişmesi üzerine kesildi. Minimum inhibitör konsantrasyonu değerleri amfoterisin B için 0.25 mg/mL, flukonazol için 64 mg/mL, itrakonazol için 0.094 mg/mL, vorikonazol için 0.094 mg/mL olan hastanın tedavisine vorikonazol ile devam edildi. Buna rağmen lezyonda progresyon gözlenen hastaya debridman + greft uygulandı. Antifungal tedaviyi etkin doz ve süre kullanan hastaya cerrahi sonrası gerekli süre beklendikten sonra vorikonazol tedavisi altında etoposid + vinkristinli birinci konsolidasyon tedavisi başlandı. Ancak bu tedavi sonrası lezyon bölgesinde osteomyelit gelişti. Sonuç olarak mukormikozis erken tanı ve agresif tedavi gerektiren bir durumdur. Özellikle multipl risk faktörü (malignite, immünsüpresif tedavi, diabetes mellitus vb.) olan hastalarda debridman ve yeterli sistemik antifungal tedaviye rağmen sonuç yüz güldürücü olmayabilir. İmmün düşkün hastalarda gelişen nekrotik cilt lezyonlarının ayırıcı tanısında mutlaka akıldan bulundurulmalıdır.