

Bir Nekrozitan Araknidizm Olgusu

A Case of Necrotising Arachnidism

Şeniz Ergin, Şebnem Aktan*, Berna Şanlı Erdoğan,
İnci Gökalan Kara**, Deniz Evliyaoğlu

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve **Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Araknidizm, örümcek ısırması sonucu oluşan, lokal ve bazen sistemik belirtiler ile seyirli bir klinik tablodur. Loksoskeles türlerinin ısırılmaları ile ortaya çıkan reaksiyon loksoskelizm olarak tanımlanır. Deride nekroz ile seyirli lokalize formu kutanöz loksoskelizm, sistemik semptom ve belirtiler ile seyirli formu visserokutanöz loksoskelizm olarak bilinir. Sırt kısımları sarı-kahverengi olan Loksoskeles türleri, genellikle Akdeniz bölgesi, Afrika ve Amerika'da görülmektedir. Hastaların sıklıkla örümceği görmemeleri, ısırığı farketmemeleri ve örümceğin yakalanmasındaki güçlükler nedeniyle klinik belirtilerin tanıda önemli rolü vardır. Ülkemizde nadir bildirilmesi ve bölgemizde sporadik olgular görülmesi nedeniyle nekrotizan araknidizm tanısı alan bir erkek olgu sunulmuştur. (*Türkderm 2006; 40 (Özel Ek B): B17-B19*)

Anahtar Kelimeler: Nekrotizan araknidizm

Summary

Arachnidism is a clinical entity occurring as local or systemic manifestations after a spider bite. Bite of *Loxosceles* spiders causes a clinical reaction termed as loxoscelism. Cutaneous loxoscelism manifests as cutaneous necrosis whereas systemic symptoms and findings are observed in visserocutaneous loxoscelism. Tan to brown coloured *Loxosceles* species are commonly found in Mediterranean region, Africa and America. Since the spider or the bites may be unnoticed by the victim and the culprit may not be easily identified the characteristic clinical features have an important role for the diagnosis. The rarity of reports from our country and the presence of sporadic cases from our region led us to present a male patient with a diagnosis of necrotic arachnidism. (*Turkderm 2006; 40 (Suppl B): B17-B19*)

Key Words: Necrotic arachnidism

Araknidizm, örümcek sokması sonucu insanda zehirlenmeye yol açan, lokal ve bazen sistemik belirtiler ile seyirli bir klinik tablodur. İnsanda zehirlenmeye neden olan başlıca türler Latrodektus ve Loksoskeles'tir. Latrodektus türlerinin zehiri nörotoksiktir. Bu örümceklerin sokmaları sonucu gözlenen klinik tablo latrodektizm olarak bilinir. Zehirleri sitotoksik ve hemolitik etki gösteren Loksoskeles türleri ise nekrotizan araknidizme yol açar ve oluşan klinik tablo loksoskelizm şeklinde tanımlanır. Deride nekroz ile seyirli lokalize formu kutanöz loksoskelizm, sistemik semptom ve belirtilerin eşlik ettiği klinik form visserokutanöz loksoskelizm olarak adlandırılır. Kutanoz belirtiler, küçük eritemli maküller olabileceği gibi geniş ülsere ya da nekrotik alanlar şeklinde de görülebilir. Sistemik tutulum, hemoliz, sok, böbrek yetmezliği ve dissemine intravas-

küler koagülasyondan oluşmaktadır¹⁻⁴.

Sırt kısımları sarı-kahverengi olan Loksoskeles türleri, Akdeniz bölgesi, Afrika ve Amerika'da görülmektedir. Hastaların sıklıkla örümceği görmemeleri, ısırığı farketmemeleri ve örümceğin yakalanmasındaki güçlükler nedeniyle klinik belirtilerin tanıda önemli rolü vardır¹⁻⁴. Ülkemizde literatürde nadir bildirilmesi ve bölgemizde sporadik olgular şeklinde görülmesi nedeniyle nekrotizan araknidizm tanısı alan bir erkek olgu sunulmuştur.

Olgu

İnşaat işçisi olarak çalışan 24 yaşındaki erkek hasta, sağ üst bacakta, beş gün önce şüpheli örümcek ısırığı sonucu oluşan yakınmalar nedeniyle acil serviste görüldü. Hasta, çalıştığı iş yerinde pantolonunu giydikten

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr. Şeniz Ergin, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Araştırma Uygulama ve Eğitim Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı 20100, Denizli, Türkiye

Tel.: 0258 241 00 35/604 Fax: 0258 241 00 40 E-mail: sergin@pamukkale.edu.tr **Alındığı tarih:** 30.01.2004 **Kabul tarihi:** 10.05.2004



yaklaşık bir saat sonra, sağ üst bacağına başlayan yanma, ağrı yakınmalarına baş dönmesi, bulantı ve iki gün süren idrar renginde koyulaşma belirtilerinin eşlik ettiğini tanımladı. Aynı gün içinde başvurduğu doktor tarafından adını bilmediği iki farklı ilaç enjeksiyonu uygulanan hastaya sistemik antihistaminik ve topikal antipruritik tedavilerinin başlandığı öğrenildi.

Genel fizik muayenesinde, bilinci açık, koopere olan hastada vücut ısısı 36.4°C, tansiyon arteryal 140/70 mmHg, nabız 80/dakika olarak saptandı. Sistem muayeneleri olağan bulundu. Dermatolojik bakıda, sağ femoral bölge medialinde, 5X10 cm boyutunda, kenarları düzensiz, ortası viyole renkte izlenen nekrotik plağın üst kenarına yakın, 3 cm ara ile yerleşmiş, iki adet hemorajik bül saptandı. Bül çevresinde grupe veziküller izlendi. Viyolase renkli alanın soluk bir halka ile sınırlandırıldığı görüldü. Soluk renkli halkanın periferinde eritem dikkat çekmekteydi (Şekil 1).

Laboratuvar incelemesinde, tam kan sayımı, kan biyokimyası, tam idrar analizi, protrombin ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı normal sınırlarda bulundu. Yara kültüründe üreme olmadı.

Öykü ve klinik bulgular ile araknidizm tanısı alan hastaya 40 mg/gün metilprednizolon, oral antihistaminik, oral analjezik-antiinflatuvar ve antiseptik yaş pansuman tedavileri başlandı. Sistemik kortikosteroid kademeli azaltılarak kesildi. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi konsültasyonu sonucunda örümcek sokmasından 18 gün sonra demarkasyon hattı belirginleşen nekrotik dokuda cerrahi debridman uygulandı. Primer kapama ile takip edilen yara, geniş olması nedeniyle 20 gün sonra tekrar debride edilerek deri grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı.

Tartışma

Örümcekler, Araknida sınıfının Aranea takımında yer alır. Doğada yaygın bulunan artropodlardır. Bir çok örümceğin şeliseri insan derisini delebilecek güçte değildir. İnsan için özellikle Latrodektus ve Loksoskeles türleri tehlikeli ve zehirlidir^{1,2}.

Örümcekler, tavan arası, kalorifer altı ve odun istifleri gibi loş ve nemli yerlerde barınır. Loksoskeles türlerine bağlı sokma-

lar, yaz aylarında ve kısıklıkların çıkarıldığı dönemlerde sık görülür. Loksoskeles türleri, genellikle temizlik sırasında ya da giyinirken giysi ile deri arasında sıkışma sonucunda kişiyi sokar. Uyku sırasında da örümcek sokmasının olduğu bildirilmiştir³. Lezyonlar, genellikle bir ekstremitede⁴ yerleşiktir, ancak boyun⁵ ve göz kapağı⁶ gibi farklı lokalizasyonda da örümcek sokmasının görüldüğü olgular rapor edilmiştir.

Loksoskeles türlerinin sokmaları genellikle ağrısızdır. Bu nedenle hasta tarafından farkedilmeyebilir. Ağrı, örümcek sokmasından dakikalar ya da saatler sonra ortaya çıkar. Ağrı ile birlikte ısırılan bölgede eritem, ödem ve merkezde bül oluşumu gözlenir. Ciddi zehirlenmelerde karakteristik "kırmızı, beyaz ve mavimsi" belirtisi izlenir. Bu belirti, iskemik halkanın çevrelediği mavimsi-mor renk değişikliği ve periferde eritem şeklinde tanımlanır. Örümcek ısırığından 3 ya da 4 gün sonra merkezde nekroz ve daha sonra da eskar dokusu gelişir. Eskar dokusu yerinde oluşan ülser, bir kaç ay içinde sikatris bırakarak iyileşir. Geniş olmayan lezyonlar, cerrahi debridman ve greft gerektirmez^{2,4,8}.

Loksoskeles zehirinin en önemli kısmını sfgomyelinaz D2 oluşturur. Sfgomyelinaz D2, kalsiyum bağımlı doğrudan eritrolize yol açar. Zehirin komponentlerinden biri olan hyaluronidaz, lezyonun genişlemesine neden olur. Proteaz, hidrolaz ve lipaz gibi mide enzimleri, özellikle örümcek "sıkıştırıldığında" zehire eşlik edebilir. Lipaz, lipitten zengin dokuda sikatris gelişiminden sorumludur^{4,8,9}.

Olguların çoğu sadece deri bulguları ile seyrederken, bazı hastalarda örümcek sokmasından saatler sonra halsizlik, bulantı, kusma, üşüme, ateş, kas ağrısı/güçsüzlüğü ve sarılık görülebilir. Hastalarda konvülsiyon, renal fonksiyon bozukluğu, hemoliz, akciğer ödemi ve dissemine intravasküler koagülasyon gelişebilir. Hastalar bu sistemik nedenlere bağlı kaybedilebilir^{1-6,9}.

Loksoskelizmde klinik tablonun ağırlığına göre lökositoz, hemoliz bulguları, trombositopeni, serum kreatin fosfokinaz, üre ve kreatinin düzeylerinde artış, proteinüri ve hemoglobüri görülebilir^{1,7-9}.

Olgumuzdaki ısırığın oluş şekli ve yeri, başlangıçta ağrının hissedilmemesi, lezyonun tipik klinik görünüm ve seyri, olası etken hasta tarafından tanımlanmamasına karşın loksoskelizm tablosunu düşündürmüştür. Hastanın tanımladığı idrar renginde koyulaşmanın hemoglobinüri veya hematüri ile uyumlu olabileceği düşünülmüş, ancak örümcek ısırığından 5 gün sonra görülen hastanın yakınmasının devam etmemesi ve tam idrar incelemesinin olağan bulunması nedeniyle gösterilememiştir. Lung ve ark. araknidizmde hematürinin olağan bir bulgu olmadığını hemoglobüri görüldüğünü vurgulamıştır⁷. Olgumuz sistemik belirtiler tanımlanmasına karşın sistemik tutulumu gösteren klinik ve laboratuvar bulgusuna rastlanmamıştır. Kutanoz loksoskelizmde de sistemik yakınmaların olabileceği bildirilmektedir. Sistemik loksoskelizmde kutanoz bulguların daha hafif seyrettiği dikkate alınacak olursa olgumuzda görülen şiddetli kutanoz tutulum, sistemik loksoskelizmi düşündürmemiştir^{2,4}.

Nekrotizan araknidizm tedavisi ile ilgili veriler, bireysel klinik deneyim, olgu çalışmaları ve retrospektif derlemelere dayanmaktadır⁶. Örümcek sokmasında zehirin yayılmasını ve enzimatik aktivitesini azaltmak için ısırılan bölgeye buz uygulanması, elevasyon ve hastanın aktivitesinin kısıtlanması önerilmektedir. Analjezik, antihistaminik, tetanoz aşısı, antivenin kullanımı ve ülser lezyonlarda antibiyotik profilaksisi önerilen medikasyonlar arasında yer alır^{1-8,10,11}. Antivenin kullanımının deri nekrozu önlemediği bildirilmiştir. Nekrotik dokuda infeksiyon sık gö-



Şekil 1. Eritemin çevrelediği soluk görümlü alanın merkezinde, viyole renkli plak ve iki adet hemorajik büle eşlik eden veziküller izlenmektedir

rülmemesine karşın antibiyotik kullanımı önerilmektedir¹¹. Oral kortikosteroidler ile iyi sonuç alındığını bildiren yayınların yanında etkili olmadığını öne süren yayınlar da bulunmaktadır. Bu yayınlarda, kortikosteroidlerin, genellikle hemoliz gibi sistemik komplikasyonlara eğilim olduğunda kullanılması gerektiğinden söz edilmektedir^{3,4,6}. Dapson kullanılması tartışmalı olmakla birlikte tedavide ilk seçenekler arasında gösterilmekte ve sfingomyelinaz D2 ile oluşan kutanöz hasarı azalttığı öne sürülmektedir^{2,4,11,12}. Tedavide adı geçen diğer yöntemler, hiperbarik oksijen ve antivenin kullanımınıdır^{4,6}. Cerrahi yöntemlere geniş lezyonlarda ve inflamasyon geriledikten sonra (ısırıktan 4 ile 6 hafta sonra) başvurulması önerilmektedir^{4,13}.

Sonuç olarak tedavide kesin bir protokol oluşmamıştır. Hastanın yaşı, ısırığın lokalizasyonu, klinik görünüm ve seyri dikkate alarak tedaviyi planlamak en uygun yaklaşım gibi görünmektedir. Hastamızda inflamatuvar yanıtı azaltmak amacıyla ve başlangıçta hemolize eğilim düşünülmesi nedeniyle ilk seçenek olarak sistemik kortikosteroid tedavisine başlanmış ve beraberinde konservatif yaklaşımlar uygulanmıştır. Yaranın geniş olması, nekrozun büyük ölçüde subkutan dokuyu kapsamaması nedeniyle cerrahi debridman ve deri grefti ile kapama uygun görülmüştür.

Ülkemizde nekrotizan araknidizm olgularının rapor edilenden daha çok olduğunu düşünmekteyiz. Bölgemizde aynı yıl içinde bir kaç olguda görülmesi nedeniyle bölgesel zehirli örümcek türlerinin tanımlanmasına yönelik yapılacak araştırmaların tanı ve tedavide yol gösterici olacağına inanmaktayız.

Kaynaklar

1. Helvacı S: Zehirli artropodlar. Parazitoloji'de Artropod Hastalıkları ve Vektörler kitabında. Ed. Özcel MA, Daldal N. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1997;459-78.
2. Burns DA: Diseases caused by Arthropods and other Noxious Animals. Ed. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. Milan. Blackwell Science, 1998;1423-82.
3. Karadenizli AY, Gökırmak F, Helvacı S, Türköz A: Bir nekrotizan araknidizm olgusu. T Parazitol Derg 1995;19:583-6.
4. Sams HH, Dunnick CA, Smith ML, King LE: Necrotic arachnidism. J Am Acad Dermatol 2001;44:561-73.
5. Elston DM: What's eating you? Cutis 2002;69:91-4.
6. Jarvis RM, Neufeld MV, Westfall CT: Brown recluse spider bite to the eyelid. Ophthalmology 2000;107:1492-6.
7. Lung JM, Mallroy SB: A child with spider bite and glomerulonephritis: a diagnostic challenge. Int J Dermatol 2000;39:287-9.
8. Wendell Rp: Brown recluse spiders: a review to help guide physicians in nonendemic areas. South Med J 2003;96:486-90.
9. Joshua GB, Joshua EL, Edward KC: Arachnid envenomation from the brown recluse spider. Clin Pediatr 2003;42:567-70.
10. Isbister GK, Graudins A, White J, Warrel D: Antivenom treatment in arachnidism. J Toxicol Clin Toxicol 2003;41:291-300.
11. Malaque CM, Castro-Valencia JE, Cardoso JL, Francca FO, Barbaro KC, Fan HW: Clinical and epidemiological features of definitive and presumed loxoscelism in Sao Paulo, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2002;44:139-43.
12. Goddard J: Loxoscelism. Lancet 1998;1944-5.
13. Majeski J: Necrotizing fasciitis developing from a brown recluse spider bite. Am Surg 2001;67:188-90.