

Bir Deri Tüberkülozu Olgusu: Skrofuloderma

A Skin Tuberculosis Case: Scrofuloderma

Hülya ALBAYRAK,^a
Rıtvan KARAALI,^b
Mehmet Emin YANIK,^a
Enes ARDIÇ,^b
Aynur EREN TOPKAYA,^c
İlknur ERDEM^b

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,

^bEnfeksiyon Hastalıkları ve

Klinik Mikrobiyoloji AD,

^cTıbbi Mikrobiyoloji AD,

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tekirdağ

Geliş Tarihi/Received: 01.12.2016

Kabul Tarihi/Accepted: 02.04.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:

Hülya ALBAYRAK

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Deri ve Zührevi Hastalıkları AD,

Tekirdağ,

TÜRKİYE/TURKEY

drhulyaalbayrak@gmail.com

ÖZET Tüberkülozun nadir formlarından biri olan skrofuloderma; pek çok dermatolojik tabloya benzediğinden tanısı zordur. Bu çalışmada, boyunda ülser lezyonu ile başvuran 79 yaşındaki kadın olgu, derideki kronik lezyonların ayırıcı tanısında skrofulodermanın da akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, deri; deri ülseri

ABSTRACT Scrofuloderma is one of the rare forms of the tuberculosis. Diagnosis of these lesions can be difficult, as they resemble many other dermatological conditions. Herein we report a case that 79 years old female patient with a diagnosis of scrofuloderma was presented with ulcerated lesion on the neck to emphasize that the scrofuloderma should be kept in mind in the differential diagnosis of the chronic skin lesions.

Key Words: Tuberculosis, cutaneous; skin ulcer

Türkiye Klinikleri J Intern Med 2017;2(1):45-8

Deri tüberkülozu, etken mikobakterinin giriş yoluna, patojenitesine, konağın duyarlılığı ve hücrel immünitesine bağlı olarak farklı görünümle ortaya çıkmaktadır. Skrofuloderma; endojen kaynaklı sekonder bir tüberkülozdur. Deri tüberkülozları içerisinde ikinci en sık görülen formdur. Genellikle çocuklar, genç erişkinler ve yaşlı hastalar etkilenmektedir.¹⁻⁴ Dokudaki mikobakteri sayısının az olmasına bağlı olarak etken mikroorganizmanın her zaman gösterilememesi ve pürifiye protein derivesi (PPD), Ehrlich Ziehl Neelson (EZN) gibi diğer tanı yöntemlerinin de negatif olabilmesi nedeni ile tanı koymak her zaman kolay değildir. Bu nedenle birçok hasta farklı tanı ve tedavilerle uzun süre izlenebilmektedir.^{5,6}

Bu çalışma, tüberkülozun nadir rastlanan geliş tablolarına dikkat çekmek ve farklı tedaviler almasına rağmen iyileşmemiş kronik deri lezyonlarının ayırıcı tanısında skrofulodermanın akılda tutulmasının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dokuz yaşındaki kadın olgu, boynun her iki yanında şişlikler ve sarı akıntılı yara yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Lezyonların birkaç

aydır olduğu ve verilen çeşitli oral ve topikal tedavilerle iyileşmediği öğrenildi. Olgunun yaklaşık 6 aydır ateş, terleme, kilo kaybı gibi sistemik yakınmaları da vardı. Öz geçmişinde, mitral kapak replasmanı olan olgunun kumadin kullanım öyküsü mevcuttu. Geçirilmiş bir tüberküloz anamnezi yoktu. Yapılan dermatolojik muayenesinde; boyunun her iki yanında supraklaviküler bölgede 1x1 cm çapında, pürülan akıntılı, çevresi viyolase-eritemli, merkezi nekrotik, düzensiz kenarlı ülsere lezyonlar mevcuttu (Resim 1). Fizik muayenede sağ akciğer bazalde solunum sesleri azalmıştı. PA akciğer grafisinde sağda pleural efüzyon saptandı (Resim 2). Batın görüntülemesinde özellik yoktu. Hemogramında normositer anemi saptandı, eritrosit sedimentasyon hızı: 105 mm/saat, C-reaktif protein (CRP): 31 mg/L idi. Rutin biyokimyasında bir özellik yoktu. PPD test sonucu 21 mm idi. Lezyondan alınan yara örneklerinden EZN boyama yöntemi ile hazırlanan preparatlarda aside dirençli mikroorganizmalar saptanan olguya klinik ve mikrobiyolojik bulgular doğrultusunda skrofuloderma tanısı konularak izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, pirazinamid 1.500 mg/gün, etambutol 1.500 mg/gün olmak üzere dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. Geçmişte mitral kapak replasman öyküsü ve kumadin kullanımı olan olguda INR monitörizasyonu yapıldı, kardiyoloji kliniği ile kon-



RESİM 1: Sağ supraklaviküler bölgede pürülan akıntılı, çevresi viyolase-eritemli, merkezi nekrotik, düzensiz kenarlı, ülsere lezyonlar.



RESİM 2: PA akciğer grafisinde sağda pleural efüzyon.



RESİM 3: Tedavi sonrası skar ile iyileşmiş lezyonlar.

sülte edildi. Antitüberküloz tedavinin 14. günü lezyondan alınan yara kültürlerinde *Mycobacterium tuberculosis* complex üredi. Yapılan antitüberküloz ilaç duyarlılık testi sonucunda, üreyen basilin verilen antibiyotiklere duyarlı olduğu saptandı. İki ay dördümlü tedavi alan olgunun lezyonlarında gerileme gözlemlendi, izoniazid ve rifampisin ile ikili tedaviye devam edildi. Altı aylık tedavi sonrasında olguda skar ile tam iyileşme gözlemlendi (Resim 3).

TARTIŞMA

Tüberküloz, morbidite ve mortalite risklerinin fazla olması nedeni ile özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemini korumaktadır. Son yıllarda immünsüpresif ilaç kullanımı, HIV enfeksiyonunun sıklaşmasından dolayı gelişmiş ülkelerde de giderek artan sıklıkta gözlenmektedir.⁷ Gelişmekte olan ülkelerdeki deri enfeksiyonları arasındaki sıklığı %0,1-2,5 arasındadır. Ülkemizde bu oran %2-4 arasında değişmektedir. Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, deri tüberkülozu tanısı alan hastaların %32,7'sinde skrofuloderma saptanmıştır.¹

Skrofuloderma sıklıkla altta yatan bir tüberküloz lenfadenitten kaynaklanabileceği gibi, bazen de tüberkülozlu kemik veya eklemlerden basilin komşuluk yoluyla deriye yayılması sonucu gelişmektedir.² Kadınlarda erkeklere göre neredeyse 2 kat fazla görülmektedir.^{1,4} Çoğunlukla boyun yan yüzlerinde, çene altında, sternum üzerinde, koltuk altı ve kasık bölgelerinde lokalize olmaktadır. Olgumuzda da lezyonlar boyun yan yüzlerinde lokalize idi. Yapılan çalışmalarda lezyonun süresi ortalama 2 yıl saptanmış olmakla beraber bu süre 1 ay-30 yıl arasında değişmektedir.^{1,7}

Lezyonlar deri altında sert, ağrısız nodüller şeklinde başlamaktadır. Lezyon üzerindeki deri morumsu kırmızı bir renk alabilmektedir; ancak çoğunlukla lokal ısı artışı yoktur, bu yüzden “soğuk apse” olarak adlandırılmaktadır. Zamanla yumuşayan ve fluktuasyon veren nodül deriye açılmakta ve fistül ağızlarından pürülan veya kazeöz bir materyal boşalmaktadır. Deriye açıldıktan sonra sinüsler veya zemini granülasyon dokusuyla kaplı, çevresinde viyolase-eritemli bir halka bulunan düzensiz şekilli ülser oluşmaktadır. Tedavi edilmediği takdirde lezyonlar yıllarca sürebilmekte ve hastalık için karakteristik olan kordon ve köpürleşmeler yapan skatris dokusu ile iyileşmektedir. Lezyonlar sistemik tüberküloz belirtileri ile birlikte de olabilmektedir.^{4,8} Ayırıcı tanıda; aktinomikoz, sporotrikoz, derin fungal enfeksiyonlar, sarkoidoz, atipik mikobakteri enfeksiyonları, hidradenitis süpurativa, akne konglobata, perirektal apseler, layşmanyaz, dental sinüs, lepra, impetigo, ektima, kedi tırnağı hastalığı ve sifiliz gomu düşünülmelidir.^{2-4,9} PPD çoğunlukla pozitifdir. Tanıda histopatolojik ve bakteriyolojik inceleme önemlidir. Histopatolojik değerlendirme, mikobakteri kültürü, EZN boyama tanıda sıklıkla başvurulan yöntemlerdir. Olgumuzda da PPD po-

zitifliği, EZN boyamada aside dirençli mikobakteriler ve yara kültüründe *M. tuberculosis* complex saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisine göre deri tüberkülozunun tedavisi akciğer tüberkülozu gibi tedavi edilmektedir. İki fazlı olan tedavinin başlangıç fazında 2 ay süreyle dördü ilaç tedavisi (izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol); 4 aylık idame fazında ise ikili ilaç tedavisi (izoniazid, rifampisin) kullanılmaktadır. Tek başına antitüberküloz tedaviye yanıt genellikle iyidir, fakat bazı otörler hastalıklı dokunun uzaklaştırılmasını da tavsiye etmektedir. Skrofuloderma, lupus vulgaris ile tüberkülozis kutis verrüközada antitüberküloz tedaviye ek olarak cerrahi eksizyon, kriyoterapi veya elektrokoterden yararlanılabilmektedir.^{10,11} Olgumuzda da 2 ay dördü tedavi, 4 ay ikili tedavi uygulanıp, tedavi süresi 6 aya tamamlanmıştır. Tedavinin sonunda lezyonlarda skar ile tam iyileşme gözlenmiştir.

Sonuç olarak, tüberküloz, ülkemizde hâlâ endemik hastalıklardandır. Deri tüberkülozu akciğer dışı tüberkülozun nadir bir formu olmakla birlikte, kronik deri lezyonlarının ayırıcı tanısında mutlaka akla gelmelidir. Kronik seyri ve komplikasyonların önlenmesi açısından erken tanı ve tedavisi önemlidir.

Etik Onam

Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Bu makalenin hazırlanmasında, tüm yazarlar eşit katkıda bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Aliaagaoglu C, Atasoy M, Albayrak H, Ozdemir S, Yanik ME, Aktas A. Scrofuloderma: 30 years of experience from eastern Turkey. *Int J Dermatol* 2015;54(5):612-3.
2. Ünal İ, Özdemir F, Kazandı AC, Alper S, Yazkan F. [Cutaneous tuberculosis: a 18-year retrospective evaluation]. *Türkderm* 2003; 37(1):32-6.
3. Kolsuz M, Ersoy S, Demircan N, Metintaş M, Erginel S, Uçgun İ. [Evaluation of Extrapulmonary Tuberculosis Cases Followed in Eskisehir-Deliklitas Tuberculosis Dispensary]. *Toraks Dergisi* 2003;4(1):25-32.
4. Ramarao S, Greene J, Casanas B, Carrington M, Rice J, Kass J. Cutaneous manifestation of tuberculosis. *Infect Dis Clin Pract* 2012;20(6):376-83.
5. Çiledağ A, Akın P, Karnak D, Kayacan O. Scrofuloderma in an older patient: an underestimated entity and underdiagnosed case. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;14(2):168-71.
6. Kim GW, Park HJ, Kim HS, Kim SH, Ko HC, Kim BS, et al. Delayed diagnosis of scrofuloderma misdiagnosed as a bacterial abscess. *Ann Dermatol* 2012;24(1):70-3.
7. Öztürk S, Polat C, Demirören K, Pehlivan S. [A rare manifestation of tuberculosis: scrofuloderma]. *Dicle Medical Journal* 2011;38(1):98-100.
8. Aydın F. Deri tüberkülozu. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu Kitabı. [SkinTuberculosis, 21st Century Tuberculosis Symposium and II. Tuberculosis Laboratory Diagnostic Methods Course Book]. Samsun; 2003. p.123-9.
9. Kaya E, Güzel A, Bakırtaş M. [Bilateral inguinal scrofuloderma case mimicking hidradenitis suppurativa]. *Düzce Medical Journal* 2012;14(3):90-3.
10. World Health Organization. *Treatment of Tuberculosis: Guidelines*. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2010. p.147.
11. van Zyl L, du Plessis J, Viljoen J. Cutaneous tuberculosis overview and current treatment regimens. *Tuberculosis (Edinb)* 2015;95(6): 629-38.