

# Deri Tüberkülozları ve Bir Olgu

Dr. Mesut ÖZCAN\*  
Dr. Şükran TUNALI\*\*  
Dr. Nezih GÜLER\*\*\*  
Dr. Gürsu ÖZER\*\*\*\*  
Dr. Fikret KARACA\*\*\*\*\*

## ÖZET

Sıklığındaki önemli azalma nedeniyle tanı ve ayırıcı tanı açısından önemi göz-  
önünde tutularak, deri tüberkülozları gözden geçirilmiş ve bir olgu sunulmuştur.

## SUMMARY

### Skin Tuberculosis and a Case Report

The subject of skin tuberculosis has been reviewed considering the diagnostic  
importance of the disorder due to the significant decrease in its incidence. A case of  
skin tuberculosis has been reported.

## GİRİŞ

Memleketimizde çeyrek yüzyıldan beri sürdürülen etkin tüberkülozla savaş  
yöntemleri çok başarılı olmuş ve popülasyondaki tüberkülozlu sayısı önemli derece-  
de azalmıştır. Bu azalma deri tüberkülozu için de geçerlidir. Bu nedenle son yıllarda  
polikliniklerimize oldukça seyrek başvuran deri tbc olgularının başka deri hastalık-  
larından ayırıcı tanısı güç hale gelmiştir.

Bu yazıda deri tüberkülozları kısaca gözden geçirilmiş ve son zamanlarda aza-  
lan deri tüberkülozlarının tanıda akla gelmemesi nedeni ile 20 yıldır süren deri lez-

- 
- (\*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Uzman Asistanı  
(\*\*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kürsüsü Doçenti  
(\*\*\*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı  
(\*\*\*\*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı  
(\*\*\*\*\*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Başkanı

yonlarına karşın tanısı konulamamış ve daha önce başvurduğu hastahanedeki kanser düşünülerek amputasyon önerilmiş, bir tbc luposa olgusunun incelenmesi amaçlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

Kronik enfeksiyöz bir hastalık olan deri tüberkülozu "Mikobakterium Tüberkülozis" in çeşitli tipleri tarafından meydana getirilir.

Deri tüberkülozunun formu ve seyri; ırk, coğrafi faktörler, basilin virülansı, hastanın sosyo-ekonomik durumu ve yaşı, internal bir tüberküloz odağının varlığı, spesifik immünite ve duyarlılıkla yakından ilgilidir. Deri tüberkülozunun gelişiminde enfeksiyonun şekli ve giriş kapısı da önemli bir faktördür.

Hastalığın çeşitli tipleri vardır:

### I. Primer Tüberküloz Kompleksi (Tüberküloz Şankr):

İnsanlarda tüberküloz şankr'ı doğru ve tam olarak 1935'te Michelson tanımladı<sup>1</sup>. Önceden tüberkülozun hiçbir formuna yakalanmamış kişilerde deride ortaya çıkan bir defekttan virülen basilin girmesi ile olur<sup>2-4</sup>. Hastalık yüz, ekstremiteler ve genital bölgeyi seçer. İnokülasyon yerinde ülser, lenfanjit ve regional adenopati şeklinde kendini gösterir<sup>5</sup>. İlk lezyon papüldür. İki hafta sonra nodül şeklini alır ve ülserleşir. Bol miktarda basil içerir.

### II. Lupus Vulgaris (Tüberkülozis Lupoza):

İlk doğru tanımı Paris'te yapıldı (Jean Louis Alibert 1806)<sup>6</sup>. Daha önce geçirdiği tüberküloz enfeksiyonu nedeniyle immünitesi olan kişilerde meydana gelen deri tüberkülozudur. Sıklığı doğu ülkelerinde daha yüksektir.

Enfeksiyon, bir deri yarasının tüberküloz basili ile kontaminasyonu veya bir tbc artritin drenajı sırasında meydana gelebilir. BCG ile aşılama sonucu meydana gelen olgular da bildirilmiştir<sup>7</sup>. Genellikle yüzde görülür. Ancak derinin her yerini tutabilir. Lezyonlar küçük, sert ve fikse plâklar halinde başlar. Daha sonra küçük kırmızı papüller haline döner ve elma peltesi gibi nodüller meydana getirir. Üzerine künt bir aletle bastırılınca alet epidermisi perfor eder ve kazeasyon içine girer.

Derideki yayılma tüberküloz lenfanjit şeklinde olur. Yüzeğe çıkan enfeksiyonun meydana getirdiği nodüller birleşerek çeşitli büyüklükte düzensiz gruplar oluştururlar. Ülserleşme ve bunu izleyen atrofik veya hipertrofik skarlardan dolayı değişik deformiteler söz konusudur.

### III. Verrüköz Deri Tüberkülozu:

İlk kez 1886'da Riehl ve Paultauf tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın bu formu, derileri hipersensitif olan kişilerde görülen bir reenfeksiyon tüberkülozudur<sup>8</sup>. Olguların çoğu el sırtında başlar. Proksimal yönden yayılarak el bileklerini tutabilir. Regional lenfadenitisin birlikte bulunması kuraldır. Orijinal lezyonlar olan küçük siğiller, mat kırmızı kahverengi paketler halinde birleşirler. Paketlerin merkezleri atrofik, kenarları aktif olup, bol basilli pü içerirler. Bazen merkezden başlayıp, kenara doğru giden spontan bir iyileşme görülebilir.

### IV. Skrofuloderma (Skrofula, Tüberkülozis Kolikuvativa):

Bu hastalığa genellikle etken olan Mikobakterium Bovis, ilk kez 1898'de Theobald Smith tarafından izole edilmiştir. Skrofuloderma, adenit tbc veya kemik tbc nin drenajı sırasında deriye direkt bulaşma sonucu oluşur<sup>9</sup>. Enfeksiyon genellikle

le larinkste başlar ve servikal ganglionları tutar. Primer bulaşma basil içeren sütlerin içilmesi ile olur. Skrofulodermada tek veya kombine halde bulunan ülserler ve uzun şeritler halinde skarlar vardır. Lezyonlar küçük değişiklikler göstererek yıllarca devam edebildiği gibi, bazen de kendiliğinden iyileşebilirler.

#### V. Tüberkülozis Kutis Orifisialis (Tüberkülozis Ülseroza):

Mukozalarda ve mukoza ile derinin birleştiği yerlerde görülür. Enfeksiyon genellikle larinks, akciğer, damar ve genito-üriner sistem tüberkülozlarında, tükürük, balgam, idrar gibi dışarı atılan maddelerle meydana gelir. Lezyonlar ilk önce sarımtırak tüberküller halindedir. Hastalık ilerledikçe, pürtüklü, tabanı pürülan bir eksüda ile örtülü, yüzeyel ve ağrılı oval yaralar şeklinde ülserleşirler<sup>10</sup>. Lezyonda basil vardır.

#### VI. Milier Tüberküloz:

Hastaların çoğu çocuktur ve genellikle hematojen yolla basil yayan bir iç organ tüberkülozu vardır. Lezyonlar simetrik olarak yayılır. Koyu eritematöz, ülserleşmiş papüllerin, subkütan gommöz nodüllerle birleşmesi tipiktir. Fakat bazen yalnızca purpura şeklinde olabilir<sup>11</sup>. Tipik lezyonlarda basil bulunabilir.

#### VII. Tüberküloid'ler:

Bir tüberküloz odağından hematojen yolla yayılan ve deriyi hipersensitize eden antijenlerle oluşan allerjik reaksiyonlardır<sup>12.13</sup>. Lezyonlar bilateral ve simetrik olup birdenbire ortaya çıkarlar. Reaksiyonun şiddeti derinin duyarlılığına bağlıdır. Hastalarda 1/1 000 000 oranında sulandırılmış tüberkülin bile nekroz ve ülserasyonlara sebep olabilir. Tüberküloidlerin;

a) Papüllo-nekrotik tüberküloidler

b) Liken skrofulozorum

c) Eritema enduratum simpleks

d) Lupus miliaris disseminatus faciei, gibi morfolojik olarak değişik şekilleri vardır. Bu şekiller arasındaki klinik ve histolojik farklardan sorumlu faktörler henüz aydınlanmamıştır. Lezyonlar steril olup, biopsi ile teşhis edilirler.

Deri tbc lezyonlarının oransal dağılımı ülkemizde bölgelere göre bazı farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin; Erzurum çevresinde Skrofuloderma % 78, Lupus Vulgaris % 17, Verrüköz deri tbc % 3, Eritema enduratum simpleks % 1, Liken skrofulozorum % 1 olarak saptanırken<sup>14</sup>; İstanbul'da yapılan bir çalışmada Lupus Vulgaris % 75, Skrofuloderma % 10, Verrüköz deri tbc % 7 şeklinde bulunmuştur<sup>15</sup>.

Deri tüberkülozlarının kesin tanısı biopsi, direkt basil aranması (Ziehl-Neelsen boyası ile), kültür ve kobaylarda virülans deneyleri ile yapılır.

Ayrırcı tanıda; mikoz'lar, sifiliz, derinin iyi ve kötü huylu tümörleri, sarkoidozis, bromoderma, iododerma, lupus eritematozis, verruka vulgaris, piyogen lenfadenitis gözönünde tutulmalıdır. Milier deri tüberkülozu, başka hastalıklarda görülen purpuralarla karıştırılmamalıdır.

Deri tüberkülozlarının başlıca komplikasyonları; hipertrofik skarlar, lenfödem, malign dejenerasyon (% 4,8), generalize hematojen tbc, sekonder enfeksiyon ve septisemiler, tüberküloz menenjit ve sekonder sürrenal tüberkülozuna bağlı akut ve kronik adrenal yetmezliğidir.

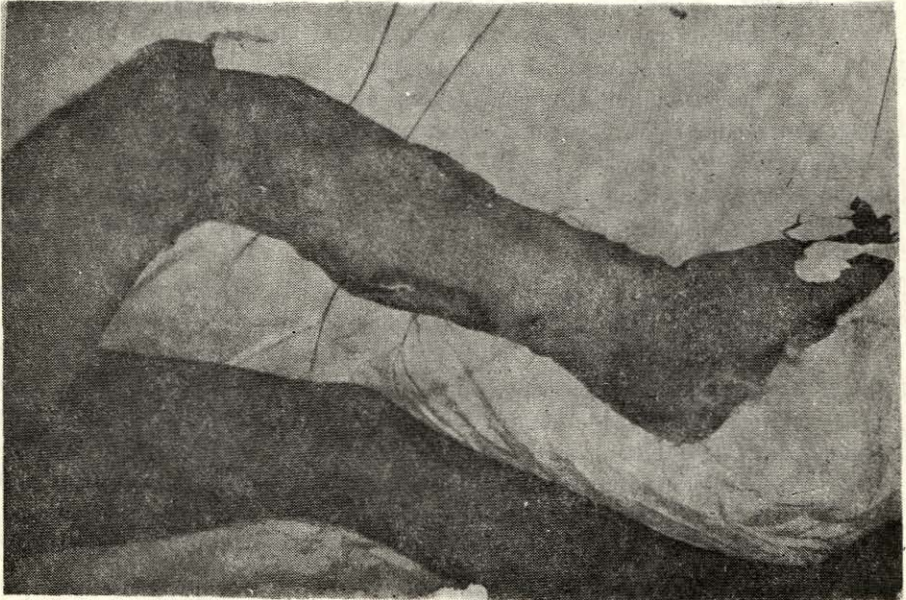
Deri tüberkülozuna karşı korunmada; hijyenik önlemler, BCG aşısı, hastaların izolasyonu, sütün pastörize edilerek içilmesi ve iç organ tüberkülozlarının erken teşhis ve tedavisi önemlidir.

## OLGU

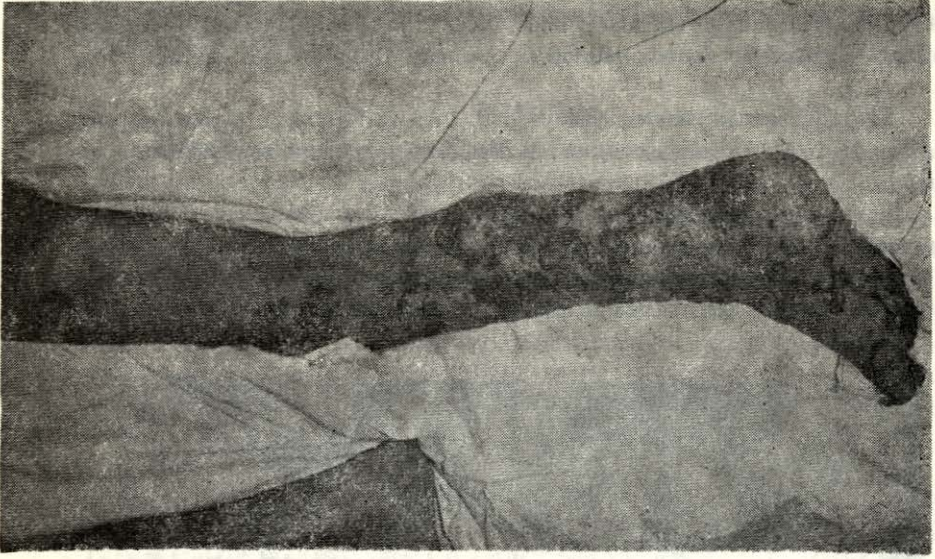
İ.A., 40 yaşında, erkek. Orhaneli'li ve Çiftçi. Prot. No: 448/6.

Sağ bacakta iyileşmeyen yaralar, öksürük, balgam çıkarma, iştahsızlık, halsizlik, terleme ve kilo kaybı yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Yirmi yıl kadar önce sağ bacağına yara ve sağ kasığında apse olmuş. Apse derene edilmiş. Apse yarası kendiliğinden kapanırken, sağ bacağındaki yara iyileşmeyip ayak parmaklarına kadar yayılmış. Bacak giderek şişmeye başlamış. Hasta uzun süre tedavi görmemiş. Ancak yürümesinde aksama, öksürük, balgam çıkarma, terleme, kilo kaybı gibi yakınmaları başlayınca 4-5 ay kadar önce başvurduğu bir hastahanedeki cerrahi kliniğine yatırılmış. Deri CA düşünülerek sağ bacak amputasyonuna karar verilmiş. Amputasyonu kabul etmeyen ve hastanemize başvuran hastaya yapılan biopsi sonucunun deri tbc gelmesi üzerine hastanemizin Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz kliniğine yatırılmıştır.

Yapılan hasta bölge muayenesinde; sağ bacak, uyluk 1/3 alttan itibaren ayak parmaklarına kadar ödemli. Sağ kasık kıvrımının hemen altında eski bir yara nedbesi var. Sağ uyluk ortasından itibaren ayak parmaklarına kadar yaygın, düzensiz, kenarları kabark, esmer-kahverengi renkte yeryer birbiriyle birleşmiş adacıklar halinde, üzeri hiperkeratotik ve bazıları kabuklarla örtülü ve düzensiz çatlaklar bulunan tüberküller saptandı (Resim 1,2 ). Bu tüberküllerden diz kapağı altındakinin üzeri ülserleşmiş. Parmak aralarında maserasyona bağlı seröz akıntı var.



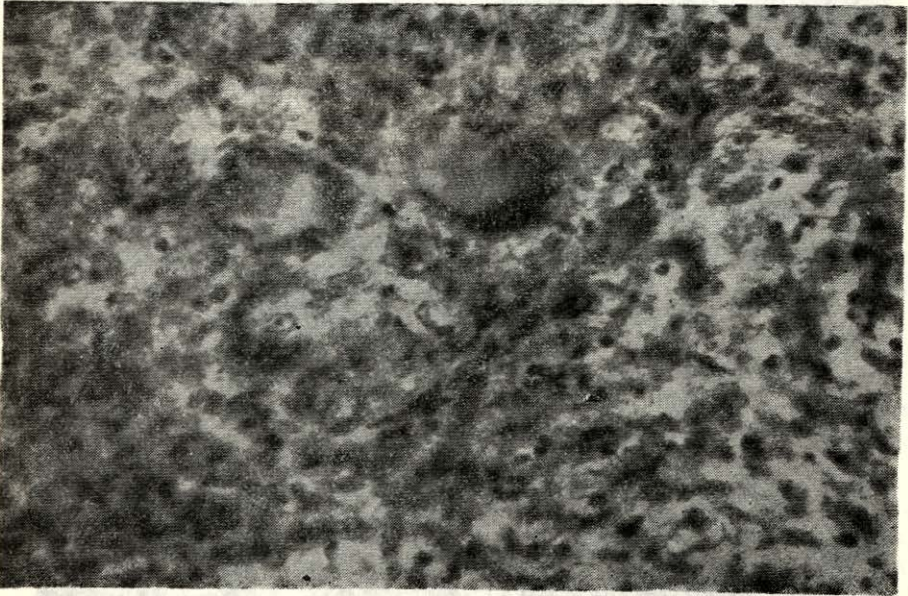
Resim 1 : Hasta Bacağın Dış Yandan Görünümü



*Resim 2 : Hasta Bacağın İç Yandan Görünümü*

Radyolojik olarak; sağ ayak bileği ve ayak kemiklerinde ileri derecede osteoporoz saptandı.

Direkt muayene ve kültür ile lezyonda tüberküloz basili saptanmadı. Biopsi raporu; "Lupus Vulgaris (Deri tbc)" olarak geldi (Resim 3).

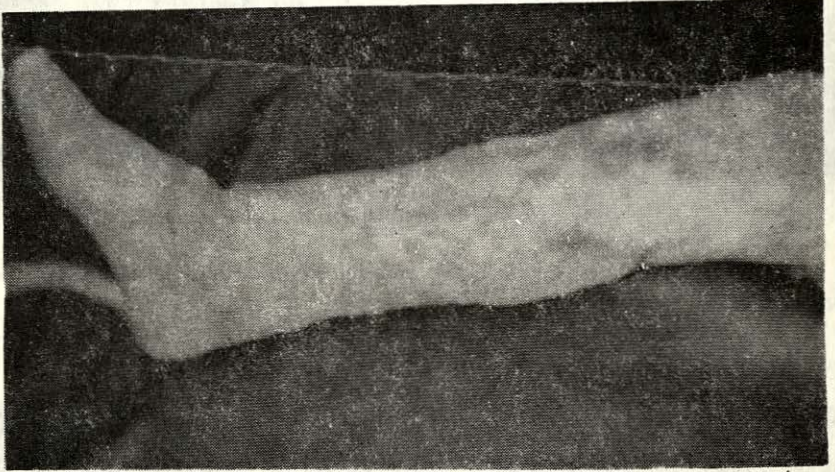


*Resim 3 : Lezyondan Alınan Biopside Saptanan Histopatolojik Görünüm (H. E.) (X 400).*

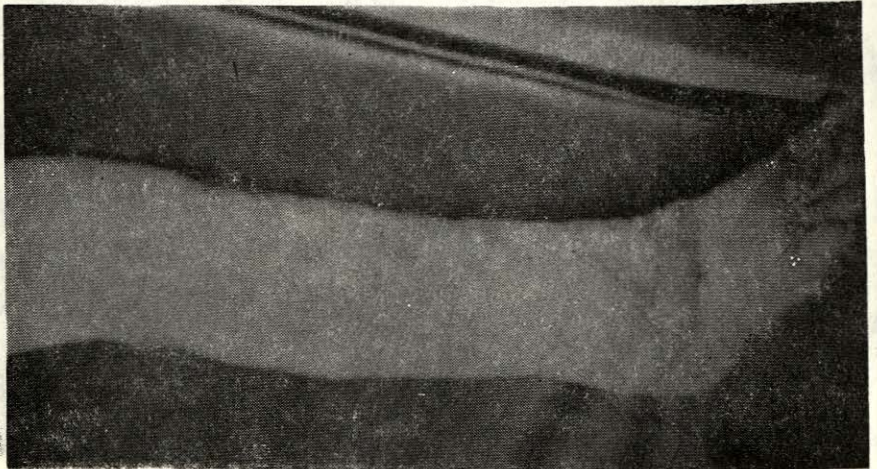
Akciğer grafisinde solda daha fazla olmak üzere her iki tarafta yaygın, nodüler akciğer tüberkülozuna ait bulgular görüldü. Diğer rutin laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon yüksekliği dışında patoloji saptanamadı. Hastanın vücut ağırlığı 56 kg. idi.

Yatırıldığı andan itibaren hastaya INH, PAS ve Piridoksin kürüne başlandı. Sağ bacağına % 01 lik rivanol solüsyonu ile düzenli şekilde banyo ve pansumanlar uygulandı.

Hastanın 81 gün süre ile hastanemizde yatarak, 4 ay süre ile de ayaktan yapılan tedavisi ve kontrolleri sonunda bacadaki deri lezyonlarının tamamen silindiği ve yerlerini esmer kahverengi pigmente sikatrislere bıraktığı, bacadaki hafif ödem halinin devam etmesine karşın hastanın aksamadan yürüyebildiği gözlemlendi (Resim 4, 5).



*Resim 4 : Medikal Tedaviden Sonra Sağ Bacanın İç Yandan Görünüşü*



*Resim 5 : Medikal Tedaviden Sonra Sağ Bacanın Dış Yandan Görünüşü*

Yapılan akciğer kontrol grafisinde tedaviye başlamadan önce saptanan nodüller akciğer tüberkülozuna ait görüntülerin tamamen kaybolduğu ve yerlerini fibrozis bulgularına terkettiği saptandı.

## TARTIŞMA

Tüberküloz toplumsal gelişmişlik ve sosyo-ekonomik koşullarla çok yakın ilişkisi olan sistemik bir hastalıktır. Gelişmekte olan ülkelerde gerek hayat şartlarının düzelmesi, gerekse hastalıkla etkin savaş yöntemlerinin geliştirilmesi sonucu insidans düşmektedir. Aynı azalma deri tüberkülozu olgularında da gözlenmektedir. Bu nedenle hekim deri tüberkülozu olasılığını gözden uzak tutabilir. Bu tür yanlıgılara düşmemek için, böylesi olgular tüberküloz yönünden de araştırılmalıdır. Nitekim bizim olgumuzda da ilk başvurduğu hastanede tbc düşünülmemiş ve CA tanısı ile amputasyona karar verilmiştir. Hastahanemizde yapılan biopsi sonucu deri tbc olarak gelince, etkin medikal tedavi yöntemleri uygulanmış ve yüz güldürücü sonuç alınmıştır.

Deri tbc olgularında tedavi prensipleri, sistemik tbc tedavisi ile benzerlik gösterir. Bugüne değin çok değişik ilaç kombinasyonları önerilmiştir. Bu kombinasyonlar içinde yer alan Streptomisin, 20 mg/kg dozunda İ.M. olarak gün aşırı; İNH, 3-5 mg/kg/gün dozunda ve PAS 100 mg/kg/gün dozunda per oral kullanılırlar. Bu arada streptomisinin ototoksik etkisi gözönünde tutularak hastanın periodik odioojik kontrollerin yaptırılması, total doz 60-90 gm'ı geçmemelidir. İzoniazidin sık rastlanan bir komplikasyonu olan periferik nöritise karşı tedaviye piridoksin (Vit B<sub>6</sub>) eklenmelidir<sup>16-18</sup>. Derideki soliter tbc lezyonları cerrahi olarak eksize edilebilir<sup>19,20</sup>.

## KAYNAKLAR

1. MICHELSON, H.E.: Criteria for diagnosis of certain tuberculodermatoses, J.A.M.A., 138: 721, 1948.
2. FISHER, I., ORKIN, M.: Primary tuberculosis of the skin: Primary complex, J.A.M.A., 195: 314, 1966.
3. CANBY, J.P.: Primary cutaneous tuberculosis, J. Pediatr, 63: 331, 1963.
4. ZSCHUNKE, V.E., LIMSCHER, G.: Beruflich bedingte Hauttuberkulose mit hematogener extra pulmonaler organmanifestation, Hautarzt, 6: 118-120, 1955.
5. MILLER, F.J.W., CASHMAN, J.: Peripheral tuberculous lymphadenitis associated with a visible primary focus, Lancet, 1: 1286, 1955.
6. DEMIS, D.J., CROUNSE, R.G., DOBSON, R.L., MC GUIRE, J.: Tuberculosis of The Skin, In: Clinical Dermatology, Vol. 3, Chapter: 16-26, Harper and Row, Publishers. Comp., New York, 1972, p. 1-27.
7. MARCUSSEN, P.V.: Lupus vulgaris following BCG vaccination. Brit. J. Derm. 66: 201, 1954.
8. YAZICIOĞLU, S.: Tüberküloz, Teşhis ve Tedavi. Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayınları, Yayın No: 21, Diyarbakır Üniversitesi Basımevi, Diyarbakır, 1980.

9. MICHELSON, H.E.: Scrofuloderma gummosa, Arch. Derm. Sphy, 10: 565-578, 1924.
10. MORROW, H., MILLER, H.E.: Tuberculosis of the tongue. J.A.M.A., 84: 1485-1487, 1924.
11. LEES, A.W., MUNRO, I.B.: Skin lesions and deafness in disseminated tuberculosis, Brit. Med. J., 1: 496, 1954.
12. KENNEDY, G.B., HOWLES, J.K., HENNIGTON, V.M.: Cutaneous tuberculosis and related disorders in the southern negro, Southern Med. J., 35: 449-456, 1942.
13. WISE, F., SATENSTEIN, D.L.: Clinical and histologic features of certain types of cutaneous tuberculosis, Arch. Derm. Syph., 4: 586-608, 1921.
14. KILIÇ, C., URAL, A.: Erzurum ve Çevresinde Deri Tüberkülozlarının Durumu. V. Ulusal Dermatoloji Kongresi. 4-7 Eylül, Ankara, (1974), s. 213.
15. ONAT, F.: Deri Tüberkülozlarının Modern Tedavi İlkeleri. V. Ulusal Dermatoloji Kongresi, 4-7 Eylül, Ankara, (1974), s. 219.
16. SCHOLZ, A., BUGIE, E., WAKSMAN, S.A.: Streptomycin, a substance exhibiting activity against gram-positive and gram-negative bacteria. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 55: 66-69, 1944.
17. BEESON, P.B., MC DERMOTT, W.: Cecil-Loeb Textbook of Medicine, (Ed II) W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1963.
18. ZINTRIN, C.M., LINCOLN, E.M.: Initial tuberculous infection due to drug-resistant organism: With review of world literature on initial infection due to isoniazid-resistant tubercle bacilli, J. Pediatr., 58: 219-225, 1961.
19. SKIR, I., FREUND, N.L., GROSS, J.M.: Streptomycin in the treatment of anal tuberculosis (Systemic and topical), Amer. J. Surg., 82: 564-570, 1951.
20. KONTURKOWA, A.: Tuberculosis, Przegł. Derm., 51: 553-558, 1965.