

Sağ Kolda Sporotrikoid Olarak Yerleşmiş Primer Deri Tüberkülozu

Primer Skin Tuberculosis as a Sporotricoid in the Right Arm

Munise Daye¹,
Selami Aykut Temiz¹,
İbrahim Erayman²
Pembe Oltulu³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Geliş Tarihi/Received: 05 Mayıs 2018
Kabul Tarihi/Accepted: 13 Eylül 2018

Yazışma Adresi: Selami Aykut Temiz, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
e-posta: aykutmd42@gmail.com

ORCID

Selami Aykut Temiz
<https://orcid.org/0000-0003-4878-0045>

GİRİŞ

Deri tüberkülozu (tbc), etkenin deriye giriş yoluna, konakçının immün yanıtına, basilin sayı ve virulansına göre değişik klinik formlarda ortaya çıkan derinin kronik seyirli granümatöz bir enfeksiyonudur (1). Mycobacterium tuberculosis, mycobacterium bovis ve nadiren Bacille Calmette-Guerin (BCG) hastalıkta etken olarak saptanmaktadır (2).

Kutanöz tbc, tüm tüberküloz vakalarının %2'sinden daha azında görülmektedir (3,4). Kutanöz tbc olgularının çoğunluğu endojen (lupus vulgaris, skrofuloderma, metastatik tüberküloz absesi, akut

Atıf yapmak için: Daye M, Temiz SA, Erayman İ, Oltulu P. Sağ Kolda Sporotrikoid Olarak Yerleşmiş Primer Deri Tüberkülozu. Selcuk Med J 2019;35(4): 278-281

Öz

Deri tüberkülozu (tbc), derinin kronik seyirli granümatöz enfeksiyonudur. Etkenin deriye giriş yoluna, konakçının immün yanıtına, basilin sayı ve virulansına göre değişik klinik formlarda ortaya çıkabilir. Primer inokülasyon tüberkülozu (tbc şankırı) daha önce basil ile teması olmamış kişilerin derisine basillerin ekzojen yolla alınmasıyla ortaya çıkar. 62 yaş kadın olgu iki aydır olan sağ koltuk altında lenfadenopati ve sağ kolda sporotrikoid olarak yerleşmiş mor menekşe renkli nodüller şikayeti ile cildiye polikliniğine başvurdu. Histopatolojik incelemede; fokal nekroz alanları içeren granümatöz inflamasyon ve langhans tipi dev hücreler görüldü. Diğer ayırıcı tanılar dışlandıktan sonra olguya klinikopatolojik olarak primer inokülasyon tüberkülozu tanısı konuldu. Antitüberküloz tedavi sonunda lezyonların postinflamatuvar hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon ve atrofik skatrisle tamamen gerilediği görüldü. Literatürde daha önce sporotrikoid paternde bildirilmiş bir tane primer tüberküloz olgusuna rastlanmıştır, olgumuz literatürdeki ikinci bildirimdir. Burada, sporotrikoid paternde görülen primer inokülasyon tüberkülozlu bir olgu sporotrikoid paterndeki lezyonların ayırıcı tanısında akılda tutulması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Primer inokülasyon tüberkülozu, tüberküloz şankırı, sporotrikoid patern

Abstract

Skin tuberculosis (tbc) is a chronic granulomatous infection of the skin. This can occur in different clinical forms depending on the route of entry, the immune response of the host, the number of the bacilli and the virulence. Primer inoculation tuberculosis (tuberculosis chancre) occurs in people with that have not previously been contacted with the bacilli. A 62-year-old woman presented to the dermatologic polyclinic with a complaint of lymphadenopathy in the right axilla for two months and purple violet nodules located as a sporotrichoid pattern in the right arm. The histopathological examination; granulomatous inflammation including focal necrosis areas and giant cells of langhans type were observed. After excluding the other differential diagnoses, the patient was diagnosed with primary inoculation tuberculosis with clinicopathologically. At the end of the antituberculosis treatment, the lesions completely disappeared with postinflammatory hyperpigmentation, hypopigmentation and atrophic scarring. In the literature, a primary tuberculosis case was seen in the sporotrichoid pattern, and in this way our case is the second report in the literature. Herein, a case with primary inoculation tuberculosis seen in sporotrichoid pattern is presented in order to keep in mind the differential diagnosis of lesions in sporotrichoid pattern.

Keywords: Primer inoculation tuberculosis, tuberculosis chancre, sporotrichoid pattern

miliyer tüberküloz, orifisyal tüberküloz) bir odaktan, az bir kısmı ise ekzojen (tbc primer kompleks (tüberküloz şankırı), tüberkülozis kutis verrukoza) yani basilin dışarıdan alındığı formlardır (1). Primer inokülasyon tüberkülozu (tbc şankırı) daha önce basil ile teması olmamış kişilerin derisine basillerin ekzojen yolla alınmasıyla ortaya çıkan deri tbc'nin oldukça nadir bir formudur.

Primer inokülasyon tüberkülozunun sporotrikoid yayılımı oldukça nadir bir durumdur. Olgumuz literatürde sporotrikoid paternde yerleşim gösterdiği bildirilen ikinci primer inokülasyon tüberküloz

Açıklama: Yazarların hiçbirisi, bu makalede bahsedilen herhangi bir ürün, aygıt veya ilaç ile ilgili maddi çıkar ilişkisine sahip değildir. Araştırma, herhangi bir dış organizasyon tarafından desteklenmedi. Yazarlar çalışmanın birincil verilerine tam erişim izni vermek ve derginin talep ettiği takdirde verileri incelemesine izin vermeyi kabul etmektedirler.

olgusudur.

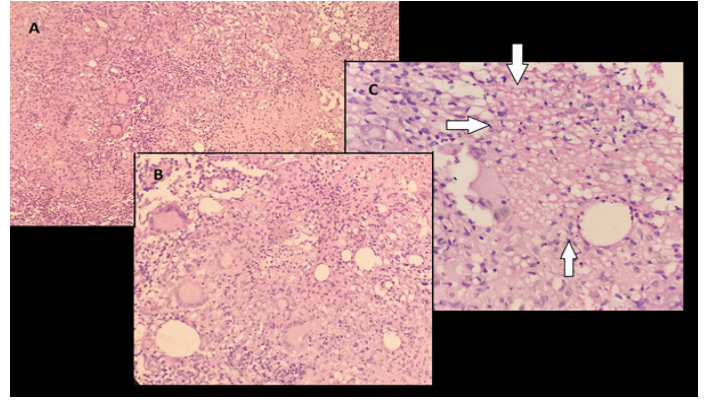
OLGU

62 yaş kadın olgu iki aydır olan sağ koltuk altında lenfadenopati (LAP) ve sağ kolda sporotrikoid olarak yerleşmiş mor menekşe renkli nodüller şikayeti ile cildiye polikliniğine başvurdu (Şekil 1). Olgu bir ay önce LAP nedeniyle başvurduğu hematoloji poliklinikte tetkik edilmiş ve tanısız takibe alınmıştı. Alınan tıbbi hikayesinde hipotiroidi dışında ek hastalığı yoktu. Yapılan laboratuvar incelenmesinde; Lökosit: 7720 /ul Nötrofil: 4690 /ul Hemoglobin: 14,4 g/dl Trombosit: 403.000/mm³ AST (Aspartat Aminotransferaz): 40 U/L Kreatinin: 0,65 mg/dL TSH (Tiroid Stimulan Hormon): 3,87 µU/ml C-reaktif protein: 56,6 mg/L Sedimentasyon: 44 mm/saat olarak saptandı.

Olgudan sporotrikoz, tularemi, leishmania, derin mikoz, primer inokülasyon tüberkülozu, skrofuloderma, B hücreli lenfoma ön tanıları ile cilt biopsisi alındı. Histopatolojik incelemede; fokal nekroz alanları içeren granulomatöz inflamasyon ve langhans tipi dev hücreler görüldü (Şekil 2). Periyodik Asit-Schiff (PAS) ve Ehrlich-Ziehl - Neelsen (EZN) boyama negatifti. Histopatolojik yorum; nekrotizan granulomatöz iltihap, klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde öncelikle



Şekil 1. Sağ kolda sporotrikoid olarak yerleşmiş mor menekşe renkli nodüller



Şekil 2. A)X40, H&E (Hematoksilen-Eozin); B)X100, H&E (Hematoksilen-Eozin); C)X200, H&E; Fokal nekroz alanları (beyaz oklar) içeren granulomatöz inflamasyon ve langhans tipi dev hücreler.

tüberküloz lehine değerlendirilmelidir şeklindeydi.

Olgu enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi. Tularemi, bartonellozis, sifiliz ve HIV enfeksiyonu açısından istenen seroloji testleri negatifti. Lezyonlardan yara ve mantar kültürü yapıldı herhangi bir bakteriyel ve fungal üreme saptanmadı. Lezyonlardan yapılan giemsa yayma ve gram boyama negatifti. Löwenstein-Jensen besiyerinde yapılan kültür negatif olarak geldi.

Göğüs hastalıklarına konsülte edilen olgunun, yapılan toraks BT'si normal olarak yorumlandı. Purified Protein Derivative (PPD) testi negatif olarak geldi. Lenfojen veya hematojen yayılıma yol açacak primer bir tüberküloz odağı saptanmadı. Histopatolojik olarak nekrotizan granülomatöz dermatit lehine bulgusu olan olguya klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde primer cilt tüberkülozu tanısı konuldu.

Olgunun ailesinde ve yakın çevresinde tüberküloz anamnezi yoktu. Ekzojen bulaş için risk taşıyan meslek gruplarından herhangi birine dahil değildi. Olguda BCG skar izi saptanmadı. Primer inokülasyon tüberkülozunun minör travmanın ardından tbc basili ile bulaş sonrası gelişebileceği düşünüldü.

Dörtlü antitüberküloz tedavisi (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 1500 mg/gün, pirazinamid 2 gr/gün) başlandı. İki ay dörtlü tedavi alan olguda, sonrasında ikili tedavi (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün) on iki aya tamamlandı. On ikinci ayın sonunda lezyonların postinflamatuvar hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon ve atrofik skatrisle tamamen gerilediği görüldü (Şekil 3).



Şekil 3. Tedavi sonrası sağ kolda gerilemiş lezyonlar

TARTIŞMA

Deri tüberkülozu, gelişmiş ülkelerde HIV enfeksiyonunun artması, malignite artışı, immunsupresif tedavi alan vakaların artması ; gelişmemiş ülkelerde de malnütrisyon, kötü hijyen koşulları nedeniyle halen önemini korumaktadır (5,6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde her üç kişiden birinde tüberküloz gelişim riski bulunmaktadır, artan tüberküloz olgularına paralel olarak kutanöz tüberküloz da artış göstermektedir (6). Gelişmekte olan ülkelerde deri enfeksiyonlarının %0,1-2,5'ini deri tüberkülozları oluşturmaktadır (7).

Tüberkülozun deri tutulumu en sık lupus vulgaris ve skrofuloderma kliniğiyle ortaya çıkar (6). Olgumuzda tanısı konulan primer inokülasyon tüberkülozu ise oldukça nadir olarak görülür. Primer lezyon sert, ağrısız, kırmızımsı kahverengi, yavaş büyüyen papül veya nodül şeklinde ortaya çıkar, daha sonra ülser olabilir (8). İnokülasyondan 2-4 hafta sonra bölgesel lenfadenopati gelişir. Böylece deri şankırı ve lenfadenopati primer kompleksi (tbc primer kompleks) meydana getirmiş olur (9). Bu primer kompleks akciğerdeki gohn kompleksinin kutanöz karşılığı olarak düşünülebilir (9). Bizim olgumuzda da sağ kolda sporotrikoid olarak yerleşmiş mor menekşe

renkli nodüller ve sağ koltuk altında LAP mevcuttu.

Olgumuzda lezyonların yerleşimi primer inokülasyon tüberkülozlarının en sık yerleştiği bölge olan baş boyun bölgesinde değil, farklı olarak sağ kolda sporotrikoid tarzdaydı. Sporotrikoz hastalığında görülen mantar kültüründe üreme ve histopatolojideki PAS pozitifliği olgumuzda saptanmadı. Literatürde immün yetmezlikli bir çocukta sağ el sırtında gelişen sporotrikoid paternde primer tüberküloz olgusu bildirilmiştir (10). Sporotrikoid paternde görünümün primer lezyonun lenfatikler boyunca yayılımına bağlı olması muhtemeldir.

Primer inokülasyon tüberkülozu çocuklarda daha sık görülmesine rağmen olgumuzda ileri yaşta ortaya çıkmıştı. Tüberkülozun nadir olduğu ve aşılamanın nadir olduğu ülkelerde yetişen hastalarda tüberküloz basili ile ilk karşılaşma ileri yaşlarda olabilmektedir (10).

Primer lezyon skarla iyileşebilir veya tedavisiz kaldığında tüberkülozis kutis verrukoza ve lupus vulgaris'e dönüşebilir. Bölgesel lenfadenopati cilde fistüleze olarak skrofuloderma oluşabilir (11). Purifiye Protein Derivesi (PPD) başlangıçta negatiftir, ilerleyen zamanda basile duyarlanma ile birlikte pozitif döner. Bizim olgumuzda da PPD testi başlangıçta negatif (0 mm) olarak saptandı.

Deri tüberkülozunun kesin tanısı için mikobakterinin demonstrasyonu gerekli olsa da çoğunlukla mümkün olamamaktadır (12). Kroniklezyonlardan ve immünitesi yüksek hastalardan hazırlanan kültürlerde basil her zaman üretilmez (13). Tanıda diğer ayırıcı tanıların dışlanması da önemlidir. Olgumuzda sporotrikoz açısından mantar kültürü, leishmania açısından giemsa boyama, bakteriyel etkenler açısından yara kültürü ve gram boyama, tularemi açısından seroloji negatifti.

Rutin histopatoloji tbc tanısında halen en sık kullanılan tanı yöntemlerindedir. Tipik histopatoloji: Lenfosit ve monositlerin çevrelediği, epiteloit histiositler ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan tüberkül yapısıdır (14). Granülom merkezlerinde değişken oranlarda kazeifikasyon nekrozu gözlenir (14). Genellikle klinikopatolojik korelasyon tanıda anahtar rol oynar (15). Bizim olgumuzda da histopatolojik incelemede görülen nekrotizan granümatöz iltihap ve Langhans tipi dev hücreler tanının konulmasında önemli olmuş ve olgumuzun anti-tüberküloz tedaviye yanıtı da tanıyı desteklemiştir.

Pulmoner tüberküloz için kullanılan antitüberküloz tedavi rejimleri genellikle kutanöz tüberkülozu tedavi etmek için yeterlidir; çünkü kutanöz tüberkülozdaki

basil yükü pulmoner tüberkülozdan çok daha azdır (16). Bazen skrofuloderma, tüberkülozis kutis verrükoza ve lupus vulgaris gibi kutanöz tbc formlarında sistemik tedaviye ek olarak lokalize lezyonların tedavisinde kriyoterapi, elektrokoter ve cerrahi eksizyon kullanılabilir (17). Olgumuzda iki ay dörtlü sonrasında on ay ikili anti-tbc tedavi sonrası lezyonlar tamamıyla geriledi.

Deri tüberkülozu kronik seyir göstermesi ve çok ilaçlı tedavi gerektirmesi nedeniyle unutulmaması gereken ayırıcı tanılar arasında yer almaktadır. Tanıya götürmede en önemli nokta ayırıcı tanıda akılda tutulmasıdır. Bu olgumuzla, nodüler ve sporotrikoid cilt lezyonları ayırıcı tanısında primer inokülasyon tüberkülozunun da akılda tutulması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir finansal çıkar çatışması yoktur.

Yazışma Adresi: Selami Aykut Temiz, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, 42080, Meram, Konya, Türkiye
Tel: +05358430068
e-mail: aykutmd42@gmail.com

KAYNAKLAR

- Gawkrodger DJ. Mycobacterial infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds): Rook Textbook of Dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Science 1998;1199-200.
- Baylan O, Arca E, Ozcan A, et al. Polymerase chain reaction based detection of Mycobacterium tuberculosis complex in lupus vulgaris: A case report. Int J Tuberc Lung Dis 2004;8(9):1147-50.
- Dicko A, Faye O, Fofana Y, et al. Cutaneous tuberculosis in Bamako, Mali. The Pan African Medical Journal 2017;27, 102.
- Beretta-Piccoli BT, Mainetti C, Peeters MA, et al. Cutaneous Granulomatosis: A Comprehensive Review. Clinical reviews in allergy & immunology 2018;1-16.
- Teke T, Dinç M, Maden E, et al. Mediastinal tümörü taklit eden ve artmış FDG tutulumu gösteren bir tüberküloz lenfadenit olgusu. Selçuk Üniv. Tıp Derg 2010; 26(3):113-5.
- Ünal İ, Özdemir F, Kazandı AC, et al. Deri tüberkülozu: 18 yıllık retrospektif değerlendirme. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2003;37:32-6.
- Öztürk S, Can I, Paksoy S, et al. Ender görülen bir meslek hastalığı: Tüberküloz Verrükoza Kutis. Turk Dermatoloji Dergisi 2017;11(2),91.
- Santos JBD, Figueiredo AR, Ferraz CE, et al. Cutaneous tuberculosis: Epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects-part I. Anais brasileiros de dermatologia 2014;89(2), 219-28.
- Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, et al. Cutaneous tuberculosis. American journal of clinical dermatology 2002; 3(5),319-28.
- Remenyik E, Nagy B, Kiss M, et al. Sporotrichoid cutaneous Mycobacterium tuberculosis infection in a child. Acta Dermatovenereologica-Stockholm 2005;85(4),375.
- Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: A practical case report and review for the dermatologist. The Journal of clinical and aesthetic dermatology 2009;2(10),19.
- Gucluer H, Demircay Z, Gurbuz O. Cutaneous tuberculosis. Scand J Infect Dis 2000;32:434-6.
- Depitz K. Detection of mycobacterial DNA in the skin. Arch Dermatol 1996;132:71-5.
- Farina MC, Gegundez I, Pigue E. Cutaneous tuberculosis. A clinical, histopathologic and bacteriologic study. J Am Acad Dermatol 1995;33:433-40.
- Santos JBD, Figueiredo AR, Ferraz CE, et al. Cutaneous tuberculosis: Diagnosis, histopathology and treatment-Part II. Anais brasileiros de dermatologia 2014;89(4),545-55.
- Van Zyl L, Du Plessis J, Viljoen J. Cutaneous tuberculosis overview and current treatment regimens. Tuberculosis 2015;95(6),629-38.
- Sehgal V. Cutaneous tuberculosis. Dermatol Clin 1994;12:645-53.