

## Yüzde yerleşim gösteren atipik kutanöz tüberküloz

### Atypical presentation of cutaneous tuberculosis on the face

Gerçeker Türk B Öztürk G Kazandı A Alper S Dereli T

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### Özet

Kutanöz tüberküloz etkenin deriye giriş yoluna, konakçının immün yanıtına, basilin sayı ve virulansına göre değişik klinik formlarda ortaya çıkan, derinin kronik seyirli enfeksiyonudur. Deri tüberkülozu özellikle immunsuprese hastalarda alışılmadık klinik formlarda karşımıza çıkabilmektedir. Bu atipik klinik formlar hastada tanının gecikmesine ve hastaya uygunsuz tedavilerin verilmesine yol açarak morbiditeye neden olabilmektedir. Burada immunkompetan bir hastada yüzde gelişen ve sellülit taklit eden bir deri tüberkülozu olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Kutanöz, tüberküloz, atipik sellülit.

#### Summary

*Cutaneous tuberculosis is a chronic infectious disease of the skin which shows different clinical forms according to the host immunity and the way the organism gets through the skin. In addition to the classical types, unusual clinical presentations are reported especially in immunocompromised patients. Development of these bizarre clinical presentations usually cause a delay in the diagnosis and inappropriate treatments may lead to significant morbidity. Here, we report an atypical presentation of cutaneous tuberculosis mimicking cellulitis on the face in an immunocompetent patient.*

**Key Words:** Cutaneous, tuberculosis, atypical cellulitis.

#### Giriş

Kutanöz tüberküloz ekstrapulmoner tüberküloz olgularının %10'unu oluşturan, etkenin deriye giriş yoluna, konakçının immün yanıtına, basilin sayı ve virulansına göre değişik klinik formlarda ortaya çıkan, *Mycobacterium tuberculosis*'e bağlı olarak gelişen derinin kronik seyirli enfeksiyonudur (1). Tüberküloz şankırı, tüberkülozis kutis miliyaris disseminata, lupus vulgaris, tüberkülozis kutis verrüköza, skrofuloderma, tüberkülozis kutis orifisyalis, metastatik tüberküloz abseleri hastalığın tanımlanmış başlıca klinik formlarıdır (1-4). Bunların yanı sıra diyabetik ve immunsuprese hastalar başta olmak üzere atipik klinik formlarda da karşımıza çıkabilmektedir (5-10). Bu bildiride immunkompetan bir hastada gelişen ve sellülit taklit eden bir deri tüberkülozu olgusu sunulmaktadır.

#### Olgu

44 yaşında erkek hasta yüzde, dudak üzerinden başlayıp burun bölgesine yayılan kızarıklık ve deride sertleşme yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın yakınmaları ilk defa iki yıl önce dudak üzerinde kaşıntılı kızarıklık olarak başlamış. Bu dönemde başvurduğu hekim tarafından kendisine sellülit tanısıyla oral antibiyoterapi verilen olgunun yakınmalarında gerileme olmamış. Bir-iki ay sonra bu bölgedeki kızarıklığa bıyıklarda dökülme ve deride sertleşme yakınmaları eklenmiş. Bir sağlık merkezine başvuran hastaya "ekzema" tanısıyla topikal kortikosteroid tedavisi verilmiş. Tedaviyle kızarıklığı bir miktar gerileme göstermiş fakat tedavi kesilince artış göstererek altı-yedi ay içerisinde burun ve yanak bölgesine yayılmış. Bir yıl içerisinde yüzde yanaklar üzerinde yavaş bir hızla yayılmaya devam etmiş. Tekrar hekime başvuran hasta ekzema ve seboreik dermatit tanılarıyla izleme alınmış ve dönem dönem topikal kortikosteroidli preparatları kısa süreli kullanmış.

Dermatolojik bakıda; dudak üzerinden nazal bölgeye ve paranasal bölgeye uzanım gösteren üzerinde telenjekt-

Yazışma Adresi: Bengü GERÇEKER TÜRK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

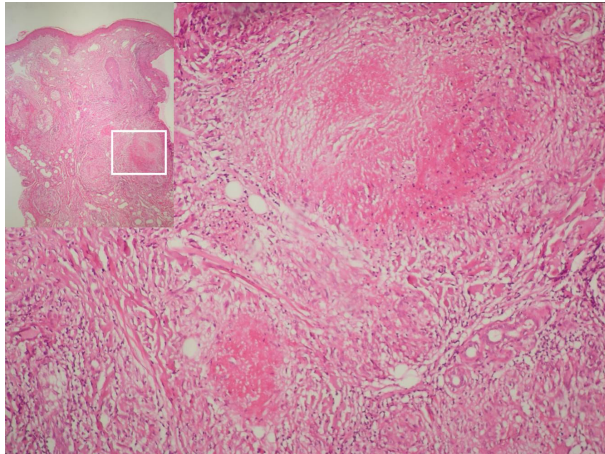
Makalenin Geliş Tarihi: 24.04.2010 Kabul Tarihi:17.05.2010

zilerin izlendiği sınırları net olarak seçilemeyen, hassasiyet göstermeyen, belirgin ısı artışı olmayan, eritemli endürasyon görüldü (Resim-1). Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Olgunun özgeçmişinde ve soygeçmişinde anlamlı özellik yoktu.



**Resim 1.** Nazal bölgeden infranazal ve paranasal bölgeye uzanım gösteren üzerinde telenjektazilerin izlendiği eritemli endürasyon

Dudak üzerindeki eritemli-endüre alandan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde dermiste epitelooid histiositlerden ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granümatöz yangı odakları, granümatöz yangı odaklarının merkezinde kazeifikasyon nekrozu sahaları ve çevrede çok sayıda lenfosit ve histiosit görüldü (Resim-2).



**Resim 2.** Epitelooid histiositlerden ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granümatöz yangı odakları (iç resim, HE, x10), granümatöz yangı odaklarının merkezinde kazeifikasyon nekrozu sahaları (HE, x40).

Ziehl Neelson boyasıyla asido-rezistan bakteri saptanmadı. Dokudan Löwenstein-Jensen besiyerine yapılan ekim sonucunda üreme olmadı. Polymerase

Chain Reaction (PCR) yöntemiyle *M. tuberculosis* kompleksi bulunamadı. Postero-anterior akciğer grafisi normal sınırlardaydı. Sol kolunda iki adet BCG skarı olan hastanın tüberkülin deri testi 17 mm olarak saptandı. Hemogram, kan biyokimya değerleri ve idrar incelemesi normal sınırlardaydı. HIV için istenen ELİSA testi negatifti. Klinik ve histopatolojik tetkikler doğrultusunda klinik olarak sellülit taklit eden bir deri tüberkülozu olgusu olarak değerlendirildi. Olguya dördü anti-tüberküloid tedavi (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün, etambutol 1500 mg/gün, pirazinamid 2 gr/gün) başlandı. Üç ay dördü tedavi alan olguda bir yıl süreyle ikili tedaviye (izoniazid 300 mg/gün, rifampisin 600 mg/gün) devam edildi. Olgu tedavi sonrası sağ nazal bölgede gelişen doku kaybı dışında sekelsiz iyileşme gösterdi (Resim-3).



**Resim 3.** Olgunun tedavi sonrası klinik görünümü.

### Tartışma

Atipik tüberküloz vakaları HIV enfekte olguların sayıca artış göstermesi, steroidlerin ve diğer immunsupresan ajanların giderek yaygınlaşan kullanımları ile sayıca artış göstermektedir (2,6, 10). Literatürde; otitis eksterna (5), ülserasyon (6, 11), paronişi (12), multiple ülser plaklar (8), yüzeysel (6,7) ve subkutan yerleşimli nodüller (6), pannikülit (13), follikülit (14) gibi atipik formlar yanı sıra tüberküloz sellülit olguları da bildirilmektedir (10,15-18).

Tüberküloz sellülitisi yedi çocuk olgunun palpebral alanında (15), SLE nedeniyle oral siklofosamid ve prednol tedavisi altındayken izlenen bir kadın olgunun alt ekstremitesinde (17) ve mikst bağ dokusu nedeniyle sistemik steroid tedavisi alan bir kadın olgunun sol elinde, kolunda ve sağ bacağında (18), artraljisi nedeniyle 20 yıldır sistemik kortikoterapi verilen diyabetik kadın olgunun abdominal bölgesinde gelişmiştir (10). Tüm bu vakaların ortak yönü olguların lezyonları nedeniyle başlangıçta antibiyoterapi almış olmaları, bu tedaviye refrakter seyretmeleri ve olguların büyük çoğunluğunun immunsupresif olmasıdır. Bizim olgumuzun da literatürdeki olgular ile benzer şekilde sellülit tanısıyla geniş spektrumlu antibiyoterapi kullanım öyküsü mevcuttu. Ancak olgumuzun literatürdeki bu olgulardan en önemli farkı olgunun immunkompetan olmasıydı.

Kutanöz tüberküloz olgularında basil deriye primer odaktan lenfojen veya hematojen yolla ya da basille enfekte bireylerden direk inokülasyon yoluyla ulaşır (1). Olgumuzda lenfojen veya hematojen yayılımı yol açacak primer bir odak mevcut değildi. Ailesine ve yakın çevresine ait tüberküloz anamnezi yoktu. Ekzojen bulaş

için risk taşıyan laborantlık, veterinerlik ya da sağlık sektörüne ait diğer meslek gruplarından (1) herhangi birine mensup değildi. Bununla birlikte minör travma ardından gelişen inokülasyon olguda en olası bulaş yolu olarak düşünüldü.

Kutanöz tüberküloz tanısı histopatolojik incelemede kazeifikasyon nekrozu gösteren granülomatöz yangı, Ziehl-Neelsen boyamada etkenin gösterilmesi, dokudan yapılan PCR ile ya da kültürlerde etkenin üretilmesi ile konulur. Ancak, bazen etken gösterilemeyebilir. Bu olgularda histopatolojik incelemede izlenen kazeifikasyon nekrozu önemli bir ipucudur. Bizim olgumuzda da histopatolojik incelemede izlenen kazeifikasyon nekrozu tanının konulmasında önemli bir rol oynamış, olgunun anti-tüberküloid tedaviye yanıtı tanıyı doğrulamıştır.

Kutanöz tüberküloz özellikle atipik formlarda ortaya çıktığında diğer dermatozları taklit ederek tanı güçlüğüne yol açabilmekte ve tedavilerinin gecikmesine neden olabilmektedir (9,10). Bu nedenle hastalığın tüberküloz sellülitisi gibi atipik formları ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalı, rutin tedavilere refrakter sellülit vakalarında deri biyopsisi yapılmasından kaçınılmamalıdır.

#### Kaynaklar

1. Gawkrödger DJ. Mycobacterial infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds): Rook Textbook of Dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998, 1199-1200.
2. Bhutto AM, Solangi A, Khaskhely M, Arakaki H, Nonaka S. Clinical and epidemiological observations of cutaneous tuberculosis in Larkan, Pakistan. *Int J Dermatol* 2002; 41: 159-163.
3. Farina MC, Gegundez MI, Pique E, ve ark. Cutaneous tuberculosis. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 433-440.
4. Kumar B, Rai R, Kaur I, Sahoo B, Muralidhar S, Radotra BD: Clinical cutaneous tuberculosis: A study over 25 years from northern India. *Int J Dermatol* 2001; 40: 26-32.
5. Agada FO, Sharma R, Makura ZG. Atypical presentation of cutaneous tuberculosis and a retropharyngeal neck abscess. *Ear Nose Throat J* 2006; 85: 60-62.
6. Tanaka A, Kato Y, Arai K, Oh-i T, Koga M. Unusual clinical features of cutaneous tuberculosis in an immune compromised patient. *J Dermatol* 2002; 29: 226-231.
7. Taylor AEM, Corris PA. Cutaneous tuberculosis in an immunocompromised host. *Br J Dermatol* 1995; 132: 155-156.
8. Faghihi G, Yoosefi A. Unusual case of cutaneous tuberculosis associated with rheumatoid arthritis: a case report and literature review. *Int J Dermatol* 2002; 41: 913-916.
9. Khandpur S, Reddy BSN. Lupus vulgaris: unusual presentations over the face. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2003; 17: 706-710.
10. Lee NH, Choi EH, Lee WS, Ahn SK. Tuberculous cellulitis. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25: 222-223.
11. Gulisano G, Mariani L. Cutaneous tuberculosis: a rare presentation in an immigrant. *J Travel Med* 1998; 5:131-134.
12. Goh SH, Ravintharan T, Sim CS, Chng HC. Nodular skin tuberculosis with lymphatic spread—a case report. *Singapore Med J* 1995; 36: 99-101.
13. Neutrophilic tuberculosis panniculitis in a patient with polymyositis. *J Cutan Pathol* 1993; 20:177-179.
14. Hruza GJ, Posnick RB, Weltman RF. Disseminated lupus vulgaris presenting as granulomatous folliculitis. *Int J Dermatol* 1989; 28: 388-392.
15. Raina UK, Jain S, Monga S, Arora R, Mehta DK. Tubercular preseptal cellulitis in children: a presenting feature of underlying systemic tuberculosis. *Ophthalmology* 2004; 111: 291-296.
16. Rosenfeldt V, Jensen KE, Valerius NH. Tuberculous cellulitis in a child demonstrated by magnetic imaging. *Scan J Infect Dis* 1999; 31: 417-419.
17. Chin PW, Koh CK, Wong KT. Cutaneous tuberculosis mimicking cellulitis in an immunosuppressed patient. *Singapore Med J* 1999; 40: 44-45.
18. Yagi T, Yamagishi F, Mizutani F, Sasaki Y, Saito M, Tada Y, Sakao S. A case of cutaneous tuberculosis associated with steroid therapy for mixed connective tissue disease. *Kekkaku* 1998; 73: 557-562.
19. High WA, Evans CC, Hoang MP. Cutaneous miliary tuberculosis in two patients with HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 2004;50: 110-113.