

Deri Tüberkülozları

Türkân Saylan

Deri tüberkülozları bir toplumda, akciğer tüberkülozunun yaygınlığı ile doğru orantılı olarak az veya çok görülür. Son yıllarda ABD'de ve Avrupa ülkelerinde giderek azalmaktadır. Tüberküloz tedavisinin etkinliği, hasta hayvanlara dikkat edilmesi ve yaşam koşullarının genelde düzelmesi tüberkülozun azalmasına, dolayısıyla deri tüberkülozlarının da ender görülmesine neden olmaktadır (3,6). Ülkemizde de deri tüberkülozu sık görülen hastalıklardan değildir, ancak tamamen ortadan kalktığı söylenemez; her dermatoloji kliniğinde yılda birkaç adet yeni tanı konmaktadır (10).

Mycobacterium tuberculosis ile deri üzerinde birbirinden çok farklı klinik görüntüde hastalık tabloları oluşmaktadır. Konak organizmanın direnci, hastalığın primer veya sekonder oluşu bu değişik klinik hastalıkların oluşma nedenidir. Deri ve mukozalarda tüberküloz basiline hastalık meydana getirmesi, ya primer deri inokulasyonu veya daha önce aynı kişide var olan bir odakta hematojen olarak, veya komşuluk yoluyla basillerin deri veya mukozalara gelerek yerleşmeleri ve yeni odaklar yapmaları şeklinde olmaktadır. Yani deri tüberkülozları primer veya sekonder, ekzojen veya endojen inokulasyonla (otoinokulasyon) ortaya çıkmaktadır. Kişinin immunité durumu, tüberküline duyarlılığı, lezyonlarda basilin gösterilebilmesi ve histolojik yapıda kazeifikasyon nekrozunun bulunup bulunmamasına göre deri tüberkülozları birbirlerinden çok farklı klinik görünüşler oluştururlar (7, 8). Son zamanlarda deri tüberkülozlarının bazı formlarına daha az rastlanır olmuştur.

Lezyondan alınan materyelden basil üretmek, kobaya inokule edebilmek veya histolojik kesitlerde yapılan özel boyalarla etken basili göstermek suretiyle tüberküloz basilleriyle meydana geldiği kesin olarak kanıtlanan deri tüberkülozlarına "hakiki deri tüberkülozları" adı verilir.

Deri ve mukozalarda görülen tüberkülozlar Tablo 1'de şematize edilmiştir.

Primer Deri Tüberkülozları

Daha önce hiç tüberküloz geçirmemişlerde görülen ve ilk inokulasyonla ortaya çıkan bir grup klinik hastalığı kapsar.

1- Tüberküloz şankrı, tüberküloz basillerinin ilk kez deri veya mukoza yoluyla organizmaya girmesi sonucu gelişen bir primer kompleks'tir. Hasta daha önce hiçbir şekilde tüberküloz basilleriyle karşılaşmamış, bunlara karşı doğal veya yapay bir direnci oluşmamıştır. Genellikle PPD-negatif çocuklara sünnet, bir deri keşiği, böcek sokması veya kaşıma yerinden, ekzojen olarak basilin girmesiyle oluşur. İnfekte diş aletleriyle diş tedavisi sırasında da aşılama olabilir. Yetişkin kimselerde, örneğin laboratuvarlarda balgamla çalışanlarda, hekimlerde deri veya mukoza çatlaklarından basilin alınmasıyla da tüberküloz şankrı oluşabilir. İnokulasyondan 2-3 hafta sonra inokulasyon yerinde bir ufak nodül belirir; bu da ağrılı, sert, keskin kenarlı bir ülseré dönüşür.

Bir süre sonra çok tipik olan bölgesel adenopati gelişir; böylece primer kompleks oluşur. Deri üzerinde olabilecek her türlü kronik ülserasyonla ve granülomatöz tablolara karışabileceğinden ayırıcı tanıda hepsi dikkate alınmalıdır. Lezyonda basil bulunur ve gelişmiş bir şankrda histopatolojik olarak epitelooid ve dev hücrelerle kazeifikasyon nekrozu görülür (7, 8, 10). Tüberkülozun etkin kemoterapi ve BCG uygulamalarıyla azalıp kaybolduğu ülkelerde bu tip primer deri tüberkülozunun görülmesi de azalmıştır.

2- Miliyer deri tüberkülozu, özellikle küçük çocuklarda tüberküloz basillerinin kan yoluyla yoğun yayılımı sonucu gelişen akut bir hastalık formudur. Tüberkülin testi negatiftir, hematojen yayılma menenjit veya akciğer tüberkülozu odağından olur ve hemen tüm organlar tutulur. Deri üzerinde bol basil içeren makül, papül ve vesiküller oluşur ve genel durum son derece bozuktur. Akut formunun dışında, tekrarlayan yoğun basilemi sonucu yaygın infeksiyon odaklarının olduğu kronik tipi de vardır. Histopatoloji başta nonspesifik, damarlar genişlemiştir, perivasküler polimorf hücre infiltrasyonu, ödem ve nekroz vardır; daha sonra bol basilli tüberküloid infiltrasyon gelişir. Miliyer tüberkülozlu hastalar çoğu kez kaybedilirlerse de son yıllarda bu tip de ender görülmektedir.

Sekonder Deri Tüberkülozları

Daha önce geçirilmiş bir tüberkülozu bulunanlarda vücudun direncinin düştüğü bir dönemde aynı odakta hematojen veya komşuluk yoluyla veya ekzojen bir aşılamayla oluşan bir grup deri tüberkülozu bu grupta toplanmaktadır.

1- Lupus vulgaris, en sık görülen deri tüberkülozu formudur. Primer odakta hematojen veya lenfojen yayılma veya komşulukla, yahut ekzojen inokulasyonla veya BCG aşısı sonucu gelişir. İmmunité ve tüberkülin duyarlılığı genelde çok şiddetlidir (2). Klinik olarak lokalize kırmızı-kahverengi plak ve infiltré nodüllerden oluşur; kadınlarda erkeklere nazaran daha sıktır; yüz, kulak kepçesi, kafa, kol ve bacaklar en sık yerleştiği yerdir; diğer bölgelerde de oluşabilir; ender olarak çok sayıda lezyon gelişebilir. Cam baskı ile basıldığında, belirtiler sarı kahverengi gözüktür. Belirtilerde basilin gösterilebilmesi çok zordur, kültürler çok defa sonuç vermez. Lupus vulgaris kronik seyirlidir, ortası atrofiye giderken kenarlardan gelişir, kıkırdakları yok ederek mutilasyonlara neden olur. Deride düz, kabarık, nodüler, ülseröz, vejetan klinik tipler oluşabilir; eskimiş deri tüberkülozu belirtileri üzerinde epidermoid karsinomlar gelişebilir. Deride harabiyet ve şekil bozukluğu yapan her türlü hastalıkla ayırıcı tanı yapılması gerekir. Histopatolojik kesitlerde tipik epitelooid hücre granüloması ve dev hücreler görülür, ancak nekroz hemen hiç yoktur; kesitlerde özel boyalarla basil saptanması da güçtür.

2- Tüberkülozis verrukoza kutis, primer infeksiyonu belirtili veya belirtisiz olarak geçirmiş, oldukça iyi bir immunité kazanmış, PPD'si şiddetle pozitif bazı insanlarda, ekzojen olarak deri yoluyla yeniden tüberküloz basilleriyle inokule olunduğunda lokal verrukoz bir oluşum şeklinde ortaya çıkar. Başlangıçta basit bir verrukayı andıran bu belirti gide-

Tablo 1. Hakiki deri tüberkülozları

Tipi	Yayılmaması	Basil	Immunité	PPD	Nekroz
Primer					
Tüberküloz şankrı	ekzojen inokulasyon	+++	+++	önce O +	+++
Milyer deri tüberkülozu	hematojen	++	O	O(anerjik)	+++
Sekonder					
Lupus vulgaris	hematojen ekzojen inokulasyon	±	+++	+++	+
	BCG aşısı				
Tüberkülozis verrukoza	inokulasyon	+	+++	+++	++
Skrofuloderma	komşuluk	++	+++	+++	+++
Gommöz tüberküloz	hematojen	++	+	+	+++
Tüberkülozis kutis orifisyalis	komşuluk	++	+	O veya +++	+++

rek vejetan bir kitle oluşturur.

İneklele uğraşan çiftçilerde diz, dirsek ve ayaklarda veya laboratuvarlarda çalışanların parmak uçlarında gelişebilir. Histopatolojik olarak epidermiste şiddetli hiperkeratoz, akantoz papillomatoz ve iltihabi infiltrasyon vardır. Tüberküloid granüloma daha derindedir, nekroz az veya hiç yoktur, basil saptanması da zordur.

Immunitenin iyi olması dolayısıyla olayın sadece lokal gelişmesi yıllar sürerse de yayılma da olabilir, lezyonlar üzerinde epidermoid karsinoma gelişimi söz konusu olabilir. Her türlü vejetan deri hastalığı ile ayırıcı tanı yapılmalıdır (7, 8, 10).

3- Skrofuloderma (Tüberkülozis kollikuvativa): Akciğer veya tonsillerde primer tüberkülozu geçirmiş, oldukça iyi bir immunité kazanmış bazı kimselerde, genelde komşuluk yoluyla tüberküloz basillerinin boyun lenf nodüllerine yerleşmeleri ve süpüratif infeksiyon yapmalarıyla karakteristiktir. Bu oluşumlar tipik gom involusyonu gösterirler. İnguinal ve aksiller gangliyonlar, hattâ hasta oynaklar ve kemik çevresindeki lenfler de tutulabilirler. Bir, birkaç veya tüm gangliyonların süpürasyonu ile boyunda veya diğer yerleşme bölgelerinde inestetik sikatrisler, bridler, keloidler oluşturarak şekil bozukluklarına yol açarlar. Gangliyonlarda önce ağrısız, sert infiltre bir şişme meydana gelir, bunlar giderek koyu pembe-mor bir renk alıp yumuşarlar, birbirleriyle sinüslerle birleşirler ve ardardına dışarıya fistülle olurlar. Bir nodül birkaç yerinden delinerek uzun süre akar. Fistüller açılıp kapanarak yıllarca işleyebilirler. Kendiliğinden sikatrize olabilirler. Açılmış gomların ağızları çevresinde sekonder infeksiyon ve vejetasyonlar da gelişebilir.

Antitüberküloz tedaviden önce veya monoterapi dönemlerinde özellikle küçük çocuklarda sık görülen bu tüberküloz tipi, daha sonraları bu özelliğini kaybetmiş ve daha çok akciğer tüberkülozu olan direnci düşük erişkin hastalarda hematojen yayılmayla ortaya çıkan bir gommöz tüberküloz formu olarak görülür olmuştur.

Her iki tipte de lezyonlarda basil saptanabilir, histopatolojik olarak epiteloit hücre granülomasiyla birlikte şiddetli bir kazeifikasyon nekrozu görülür. Eskiden cerrahi çıkarma uygulanmıştır, ancak bugün bu yöntem terk edilmiştir (5).

4- Tüberkülozis kutis orifisyalis (Tüberkülozis ülseroza): Aktif akciğer veya barsak, ender olarak da üriner sistem tüberkülozu olan, immunitesi hemen hiç bulunmayan anerjik, bazen de hipererjik hastalarda otinokulasyonla, yani kendi basillerinin ağız-boğaz mukozası, dudaklar, anüs, penis ve vajina çevresinde ülserli lezyonlar oluşturmasıyla karakteristiktir. Ülserler yuvarlak, net sınırlı, üzerleri nekrotik ve ağrılıdır. Hastanın genel durumu çoğu kez bozuktur, halsiz ve anemiktir. Barsak tüberkülozu olanlarda rektal apseler, anüs fistülleri de bulunabilir.

BCG Aşısı Komplikasyonları

PPD'si pozitiflere, çeşitli nedenlerle steroid alanlara, doğal immun sistemi bozan hastalığı olanlara BCG aşısı uygulanmamalıdır. BCG aşısı aşındaki canlı mikroorganizma sayısına, aşının yapılış şekline ve immuno-allerjik duruma göre istenmeyen bazı etkiler yapabilir.

Nonspesifik olarak ürtiker, purpura, eritem polimorf benzeri döküntüler, apse, sekonder infeksiyon ve keloid gelişimi görülebilir. Spesifik olarak ülserasyon, süpürasyon, inokulasyon yerinde lupus vulgaris, bölgesel adenit ve skrofuloderma, ender olarak da jeneralize tüberküloz görülebilir. Hafif tip BCG'itler kendiliğinden iyileşirlerse de ciddi aktivasyon durumlarında antitüberküloz kemoterapi gerekebilir (1, 9).

Deri tüberkülozları genelde akciğer ve diğer organ tüberkülozlarının artıp azalmasına paralel olarak görülmektedir. Son on yıllarda tüberkülozdaki düşüşle azalmış olan ve polikliniklerde ender görülen deri tüberkülozları, sistemik tüberkülozun yeniden bir çıkış yapmasıyla yine görülmeye başlamıştır. Bu nedenle unutulmaya yüz tutan klinik formların bilinmesinde yarar vardır. Ayrıca deri tüberkülozlarının tedavisinde bir dönemin bilgilerine hakim olan "sadece cerrahi çıkarma" ve "INH'la monoterapi" yöntemleri, bazı kitaplarda tekrarlanmakla birlikte, olası residivleri ve direnci önlemek amacıyla yeterli süre, etkin üçlü ve daha sonra ikili antitüberküloz tedavinin uygulanması en uygun yöntemdir. Kemoterapiden sonra kalan sikatrisler, bridler, ektropiyonlar plastik cerrahi yöntemlerle düzeltilir (4).

Kaynaklar

- 1- Afimos S, Nicol R: BCG osteitis, A case report. *New-Zealand Med J* 99 (800): 271-273 (1986).
- 2- Arda H M: Lupus vulgaris in Nablus, West Bank. *Jordan Med J* 19 (2): 135-141 1985.
- 3- Bagga A S, Hedo A, Kalangutker S S, Gauns S: Pattern of tuberculosis in Goa. *Ind Clin* 50 (1): 1 (1986).
- 4- Benn R A, Woolcock A J: Treatment of tuberculosis in Australia. *Med J Aust* 143 (12-13): 602 (1985).
- 5- Fujimura A: Three cases of tuberculosis lymphadenitis in the neck. *Jpn Otolaryngol* 57 (12): 1013 (1985).
- 6- Gotlib N, Cha D M, Ciafardini L, Bilardi A: Cutaneous tuberculosis: Case series. *Argent Dermatol* 67 (3): 221 (1986).
- 7- Lever WF, Schaumburg-Lever G: Histopathology of the Skin. Lippincott Comp Philadelphia, 6. bası S 297-302 (1983).
- 8- Moschella S L, Pillsbury D M, Hurler H J: Dermatology, Saunders Co Philadelphia, s. 789-801 (1975).
- 9- Stephan U, Haupt H, Scheier R et al. Studies on the BCG inoculation of new-borns with the Copenhagen 1331 strain. *GFR Klin Peditr* 198 (4): 295 (1986).
- 10- Tüzün Y, Kotogyan A, Saylan T: Dermatoloji. Nobel Tıp Kitabevi, s. 119-130 (1985).