

OLGU SUNUMU

LUPUS VULGARİS

LUPUS VULGARIS

**Dr. Metin ÖNERCİ (*), Dr. Oğuz ÖĞRETMENOĞLU (*), Dr. İknur HABERAL(*),
Dr. Gökhan YALÇINER (**)**

ÖZET: Burun tüberkülozu *Mycobacterium tuberculosis*'in sebep olduğu nadir görülen enfeksiyonlardan biridir. Bu makalede lupus vulgaris (LV) tanısı alan 66 yaşında bir vaka sunulmuştur. Burunda kıvrımdak harabiyetine ve sikatrizasyonla iyileşmeye bağlı deformiteler görülen lupus vulgarisin ayırıcı tanısı ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Lupus vulgaris, burun.

SUMMARY: Nasal tuberculosis represents a rare manifestation of infection by *Mycobacterium tuberculosis*. A 66 year old man with lupus vulgaris is reported. In this article, lupus vulgaris (LV) which causes cartilage destruction and deformities due to scars is discussed in respect to differential diagnosis and therapy.

Key Words: Lupus vulgaris, nose.

GİRİŞ

Lupus vulgaris (LV) deri ve mukozaları tutan tüberküloz formlarından biridir. LV burun cildinde de oluşur ve bu form daha çok genç kadınlarda görülür. Deri tutulumu genellikle 2-15 yaşları arasında ve daha önceden tüberküloz basili ile karşılaşmış kişilerde görülür. Hastalığın bu formunda en sık nazal septumun mukokutanöz birleşim yeri etkilenir. Burası özellikle burun karıştırma alışkanlığı olanlarda travmaya en çok maruz kalan bölgedir. Burundaki bu lezyon ilk olarak bir papül şeklinde başlayıp daha sonra nölüd halini alır. Bu nüdellerin bir araya gelmesiyle lupom denilen formasyon oluşur. Lezyon santral kısmından atrofi ve sikatrizle iyileşirken, kenarlara doğru hastalık yayılmaya devam eder. Doku harabiyeti ile deformiteler oluşur. Ağır ilerleyen lezyonların skarla iyileşmesi sonucu oluşan deforme görünüm çarpıcıdır (11).

OLGU SUNUMU

Altmışaltı yaşında erkek hasta 3-4 aydır burun ucunda iyileşmeyen yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Muayenede; burun ucundan üst dudağa kadar uzanan, yer



Resim 1: Hastanın önden görünüşü

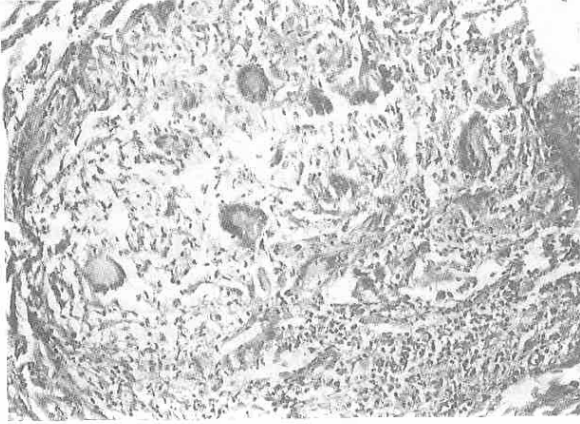


Resim 2: Hastanın yandan görünüşü.

yer deskuame olan sarı krutlu alanlar içeren bir lezyon mevcuttu (Resim 1 ve 2). Her iki nostril belirgin şekilde daralmıştı ve burun ucu deforme görünümdeydi. Hastanın hikayesinden onbeş yaşında iken burun ucunda benzer lezyonlar oluştuğu ve başka bir merkezde bu lezyonlar için sifiliz tedavisi aldığı öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 15 gm/ml ve sedimentasyon 12 mm/saat idi. İdrar analizi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile diğer hematolojik test sonuçları normal sınırlar içindeydi. Yapılan insizyonel biyopsi sonucu "kronik granülatöz hastalık" olarak rapor edildi (Resim 3). Histolojik incelemede kazeifikasyon nekrozu görülmedi. Klinik olarak LV düşünülen hastada; sifiliz erakte etmek için yapılan VDRL, FTA-ABS testi sonuçları ve leprayı ekarte etmek için lezyondan alınan kazıntı sonucu negatifti. Ayrıca hastada leprayı destekleyecek his kaybı yoktu. PPD sonucu 20 mm olarak saptandı. Solunum sistemi muayenesi ve akciğer grafisi normaldi. İNH ve rifampisinden oluşan tedavi protokolü uygulanan hastanın, bir yıl sonra yapılan muayenesinde skar dışında lezyon yoktu.

(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı

(**) HÜTF Patoloji Anabilim Dalı- ANKARA.



Resim 3 : Dev hücreler içeren granülom formasyonu, HE_x230.

TARTIŞMA

LV daha önceden sensitize olmuş, deriyi tutan bir re-enfeksiyon tüberkülozudur. Hematojen, lenfatik veya direkt yayılımla oluşan endojen disseminasyon söz konusudur. Bazı vakalarda ilk inokülasyon yerinde, bazılarında skrofuladerma skarı üzerinde veya tüberküloz aşısını takiben oluşabilir. Lezyon diaskopik muayenede san kahverengi görülen, kırmızı kahverengi nodüllerle karakterizedir. Ciltten hafif yüksek olan kurulu lezyonlar birleşme eğilimindedir ve genelde semptomsuzdur. Genelde lezyon bir bölgede iyileşirken diğer bir bölgede deforme edici skar bırakarak peri-fere doğru ilerler (2, 10). Bu lezyonlar burun içinde vestibülden burun dışına ve yüze yayılabilirler. Genellikle anterior rinoskopide burun tabanı salimdir (3, 8).

Histolojik incelemede karakteristik tüberküloz granülomu görülür. Başlangıçta merkezde retikuloendotelial hücre koleksiyonu hakimden takiben nekroz gelişir. Bu nekrotik merkezin etrafında canlı retikuloendotelial hücre halkası ve bununda etrafında lenfosit, plazma hücreleri ve fibroblastlardan oluşan ayrı bir halka mevcuttur. Granülomun içinde priferde dizilmiş nükleuslardan oluşan dev hücreler izlenir (1). Tipik olarak kazeifikasyon nekrozu görülür. Ancak nadiren de olsa kazeifikasyon nekrozu görülmeyebilir (9).

Lupus eritematozus, lepra, sarkoidoz, sifiliz ve deri leishmaniazisi ayırıcı tanıda düşünülmelidir (4).

Lupus eritematozusta, tek veya çok sayıda, hafif infiltrat, kenarları keskin sınırlı, üzerinde yapışık skuamalar olan plaklar vardır. Skuamalar kaldırıldığında, altlarında uzamış boynuzsuz foliküler tıkaçlar görülebilir (çivi belirtisi). Plaklar orta kısımlarında atrofi, telenjektazi ve hipopigmentasyon bırakarak iyileşirler. Lupus vulgariste atrofi görülebilir, ancak telenjektazi görülmez, lezyonun sınırları keskin değildir. Septal kartilajın tutulmasıyla septal perforasyon gelişebilir (1). Klinik olarak bu hastada sistemik lupus eritematozusta uyumlu bulgular bulunmamaktadır.

Lepranın deri lezyonları (özellikle tüberküloid lepra) hipoestez ile karakterizedir ve genellikle periferik sinir tutulumu görülür. Lezyondan alınan kazıma materyalinden yapılan yaymalarda, aside dirençli bakterinin gösterilmesi lepra için kuvvetli bir kanıttır. Fakat tüberküloid leprada basil her zaman gösterilmeyebilir. Lezyondan alınan deri biyopsisi mutlaka lepra konusunda uzman bir patologa gönderilmelidir. Basil olmasa bile, histolojik olarak periferik sinir tutulumu patognomoniktir (4). Bu olguda bu testlerin hepsinden negatif sonuç alınmıştır.

Sarkoidozda histolojik olarak nodüler granüloz bir infiltrasyon görülse de, diğer granüloz hastalıklardan ancak klinik görünümün katkısıyla ayrılması mümkündür. Klinik olarak sarkoidozun sistemik tutulumunun görülmesi tanıya yardımcıdır. Sino-nazal trakta görülen sarkoidoz genelde sistemik tutulumun bir parçası olarak ortaya çıkar (1).

Ayırıcı tamda düşünülmesi gereken diğer bir hastalık sifilizdir. Genelde cinsel ilişki sonucu oluşan, *Treponema pallidum*un sebep olduğu bir enfeksiyondur. Primer lezyon (şankr) ilk inokülasyonun olduğu yerde oluşur, ilk lezyon tonsiller de dahil olmak üzere oral kavite içinde herhangi bir yerde ulaşabilir. Birkaç hafta latent periyoddan sonra, 1-2 cm'lik erozif, impetiginöz veya neoplastik bir lezyon oluşur. Başlangıç lezyonu ağrısızdır (2). Tersiyer sifilizde kıkırdak nekrozuna bağlı semer burnu görüntüsü tipiktir. Burun septumu ve sert damak perforasyonları da bu hastalarda görülür. Primer şankr ve sekonder sifilizin deri ve mukozalardaki lezyonlarında bol miktarda spiroket mevcuttur. Karanlık alan mikroskopisinde bu mikroorganizmalar rahatlıkla görülebilir. Bu hastada sifiliz için spesifik olan serolojik testlerde negatif sonuç vermiştir. VDRL test sonucunda birçok faktör pozitif yapabilir. Anormal VDRL testi sonucu mutlaka antitreponemal antikor testlerinden biriyle kontrol edilmelidir. Çünkü VDRL 'de yalnızca pozitiflik oranı yüksek olmasına rağmen, antitreponemal antikor testleri sifiliz için oldukça spesifiktir (1).

Leishmaniasis'in mukokutanöz formunda; hastalık flebolomların burundaki mukokutanöz birleşim yerini ısırmasıyla parazitin bulaşması sonucu görülür. Flebotomlar paraziti hem hayvanlardan hem insanlardan alabilir. Hastalık nazal vestibülde kaşıntılı bir vezikül olarak başlayıp, ülseratif granüloz bir lezyon haline gelir. Yüze, farinkse, oral kavite ve hatta larinkse yayılabilir. Tanı biyopsi ile parazitin histiyositler içinde görülmesi ile konur ve antimon türevleri tedavide kullanılır (6).

Bizim hastamızdaki klinik ve laboratuvar bulgularının ayırıcı tanıdaki diğer hastalıklarla uyumlu olmaması üzerine, antitüberküloz tedavi başlanmış ve hasta iyileşmiştir. Ancak atipik mikobakteri enfeksiyonları tedaviye direnç gösterdikleri takdirde cerrahi tedavinin gündeme geldiği belirtilmektedir(6).

Gelişmiş ülkelerde deri tüberkülozu görülme sıklığı azalmaktadır. Bu durumdan antitüberküloz tedavi kadar gelişmiş hijyen ve yaşam şartları da sorumludur. Bununla birlikte mikobakterilerin sebep olduğu enfeksiyonlar bazı böl-

gelerde hala sıktır. Marcoval ve ark.(9) lupus vulgarisli on hasta üzerinde yaptıkları klinik, histopatolojik ve bakteriyolojik incelemelerde; beş hastada daha önceden veya simültane olarak lupus vulgaristen başka bir tüberküloz odağı saptamışlar ve diğer beş hastada derideki lezyonlardan mycobacterium tuberculosis izole etmişlerdir. Histolojik incelemelerde değişik granülatöz reaksiyonlar (tüberküloid, sarkomatoid veya mikst tip granüloma) gözlenmiştir, lupus vulgarisin oluşumuyla ilgili değişik mekanizmalar suçlanırken, viseral tüberkülozla ilişki her zaman görülmeyebilir. Bu hastalarda kombine antitüberküloz tedavi tercih edilmelidir (5, 9). Zira mikobakteriye karşı gittikçe anan bir ilaç rezistansı söz konusudur. New York'ta yapılan bir çalışmada; yeni tanı konan hastalardan % 33'ünde en azından bir ilaca karşı rezistans saptanmıştır⁷. Bununla birlikte, İngiltere'de bu oran daha azdır ve % 2 oranındadır. Faka potansiyel olarak gelecekle her zaman tehlike oluşturacaktır.

Tüberküloz tıp tarihi boyunca her zaman karşılaşılan bir durum olmuştur. Fakat bu yüzyıla kadar tedaviden pek başarılı sonuçlar alınamamıştır. İyi yaşam koşulları ve ilaç tedavisi ile yetmiş ve seksenli yıllarda hastalığın görülme oranı düşerken, bu yıllardan sonra tekrar artış göstermiştir. Başlangıçla bu yükseklik HIV (Human immunodeficiency virüsü) enfeksiyonuna bağlanmışken, bugün multifaktöriyel sebeplere bağlı olabileceği düşünülmektedir. İmmünkompremize hastaların % 5-10'u mikobakteriumla enfekte olurken, tüberkülozla hastalarda da mutlaka HIV enfeksiyonu düşünülmelidir⁽⁸⁾.

Tüberkülozu eradike edebilmek için erken teşhis son derece önemlidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kronik ve iyileşmeyen bir lezyonda bu olguda olduğu gibi tüberküloz mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Yazışma Adresi: Dr. Oğuz ÖGRETMEÑOĞLU
Hacettepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve
Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim
Dalı - ANKARA

KAYNAKLAR

1. AKKAYA S, KÖLEMEN F, AKAN T, ATAKAN N: Veneral hastalıklar. Akkaya S, Kölemen F (Eds): dermatoloji el kitabı, Öztekin matbaacılık, Ankara 1990. Sayfalar; 75-98.
2. BALLENGER JJ: Granulomas of the face, nose, oral cavity and neck. Ballenger JJ (Ed): Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head& Neck. Lea and Febiger. Philadelphia, 1991. Pp 314-323.
3. CHODOSH PL, WILLIS W: Tuberculosis of the upper respiratory tract. Laryngoscope 80: 679- 696, 1970,
4. DANIEL TM: Mycobacterial disease.s. Braunwald E, Isselbacher JK. Peterdsdorf RG. Wilson JD. Martin JB, Fauci AS (Eds); Harrison's Principles of internal Medicine. McGraw -Hill Book Company. New York 1987. Vol 1, pp 625-635.
5. DULUNDU H, ŞAHİN S, ERTEKİN C, CÖMERT: Primer nazal tüberküloz. Türk Otolaringoloji Arşivi 31; 43-44, 1993.
6. HYAMS VJ: Pathology of the nose and paranasal sinuses. English GM (Ed): Otolaryngology. JB Lippincott Co. Philadelphia, 1988. Vol 2, CH S. pp 1-yS.
7. FRIEDEN T, STERLING T, PABLOS- MENDEZ A: The emergence of drug resistant tuberculosis in New York Cily. NewEngJMed328;521-526, 1995.
8. JOHNSON UM, SOAMES JV, MARSHALL HF: Nasal tuberculosis - an increasing problem? J Laryngol Otol 109: 326-327, 1995.
9. MARCOVAL J, SERVITJE O, MORENO A, JUCGLA' A, PEYRI J: Lupus vulgaris. J Am Acad Dermatol 26: 404- 407, 1992.
10. TECIMER C, ORAM Y, TECIMER T: Lupus vulgaris in a patient with pulmonary tuberculosis. Cutis 53: 246- 248, 1994.
11. WEIR N: Acute and chronic inflammation of nose. Mackay IS- Bull TR (Eds): Scott Brown's Otolaryngology. Butterworth and co. Ltd. Great Britain, 1987. Vol 4, pp 115-141.