



¹ Esengül KAYA

² Aygül GÜZEL

³ Mustafa BAKIRTA

Hidradenitis Süpürativa ile Karı an Bilateral Inguinal Skrofuloderma Olgusu

Bilateral Inguinal Scrofuloderma Case Mimicking Hidradenitis Suppurativa

¹ Samsun E itim Ara tırma Hastanesi, Dermatoloji Servisi, SAMSUN

² Samsun Gö üs Hastalıkları ve Gö üs Cerrahisi Hastanesi, Gö üs Hastalıkları Servisi, SAMSUN

³ Samsun E itim Ara tırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, SAMSUN

Submitted/Ba vuru tarihi:
03.10.2011
Accepted/Kabul tarihi:
24.10.2011
Registration/Kayıt no:
11 10 163

Corresponding Address /Yazı ma Adresi:

Dr. Esengül KAYA
Samsun E itim Ara tırma Hastanesi, Dermatoloji Servisi,
Samsun
e-mail:
esengul.kaya@yahoo.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

ÖZET

Skrofuloderma kemik, eklem veya lenf bezi tüberkülozu gibi bir odaktan kom uluk yoluyla ya da primer odaktan hematogen yolla deriye ula an bir reenfeksiyon tüberkülozudur. Bu yazıda elli bir ya nda, inguinal bölgede on yıldır kronik akıntılı lezyonları nedeni ile uzun süre hidradenitis süpürativa tanısıyla tedavi edilen bir skrofuloderma olgusu sunulmu tur. Kronik deri lezyonlarının ayırıcı tanısında tüberküloz akılda tutulmalıdır.

SUMMARY

Scrofuloderma is a reinfection tuberculosis that metastasize to skin from a focus like bone, joint and lymphadenitis by neighbourliness way or from primer focus by hematogenous way. In the present article, a 51 years-old male patient who has chronic discharge in his inguinal region since ten years and who was treated by hidradenitis suppurativa diagnosis for a long time was presented. Tuberculosis should not be forgotten as a differential diagnosis in chronic skin lesions.

G R

Tüberküloz toplum sa lı nı ilgilendiren önemli mortalite ve morbiditeye yol açabilen bir hastalıktır. Tüberküloz hastalı nın akci er dı ı tutulumu nadir olmayıp tutulum görülen organlardan biri de deridir. Deri tüberkülozu etken mikobakterinin giri yoluna, patojenitesine, konakçının duyarlılı na ve hücrel immunitesine ba lı olarak farklı dermatolojik bulgularla kendini gösterebilmektedir (1). Deri tüberkülozu primer veya sekonder infeksiyon ekinde olabilir. Skrofuloderma ikinci sıklıkta görülen sekonder infeksiyon ektir. Bu tüberküloz tipinde primer odak sıklıkla lenf bezi iken nadiren kemik ya da eklem olabilir. Skrofulodermalı hastalarda cilt lezyonu sert subkutan nodüller veya asemptomatik infiltratif kitleler ekinde olabilmektedir. Bu lezyonlar zamanla geni lemekte, yumu amakta, ülser ve sinüslere dönü ebilmektedir. Sonuçta kordonlar ekinde skarlara neden olmaktadır (2).

Skrofulodermalı hastalarda kesin tanı için etken mikroorganizmaların deri biyopsi örneklerinde gösterilmesi gerekli olsa da, dokudaki mikobakteri sayısının az olmasına ba lı olarak bu her zaman mümkün olamamaktadır. Bununla birlikte mikobakteri kültürü, Ehrlich Ziehl-Neelsen (EZN) boyama yöntemi, histopatolojik inceleme, PPD ve ELISA gibi tanı yöntemleri de deri tüberkülozlarında negatif olabilir. Tanı koymadaki bu tür zorluklardan dolayı deri tüberkülozu olan birçok hasta farklı tanı ve tedavilerle uzun süre izlenmektedir (1).

Bizim olgumuz da yakla ık on yıl inguinal bölgesindeki lezyonları için farklı tedaviler almı tı ve bu sürede klinik bulguları daha da kötüle mi ti. Bu vaka kronik deri lezyonlarının ayırıcı tanısında skrofulodermanın akılda tutulmasının önemini vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.



Resim 1. Bilateral akıntılı nodüler deri lezyonu.



Resim 2. Kordon ekinde uzanan deri skarları.

OLGU

Elli bir yaşında çiftçilik yapan erkek hasta inguinal bölgede bilateral akıntılı nodüler deri lezyonu ile başvurdu. Hikâyetlerinin ilk defa on yıl önce tek taraflı akıntılı nodüler deri lezyonları ile başladığını, zamanla lezyon sayısında artma, akıntı, bacakta deri ileerleme olduğunu belirtti. Bu yakınmalara son zamanlarda kilo kaybı ve halsizlik de eklenmişti. Eklenen öksürük, balgam, ateş yüksekliği tanımlamıyordu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan dermatolojik muayenede bilateral akıntılı nodüler lezyonlar (Resim 1), kordon ekinde skarlar (Resim 2), sol tarafta bacakta ve gluteal bölgeye deri ileerleme eritemli infiltratif plaklar (Resim 3) saptandı. Ayrıca her iki bacakta, lezyondan uzak bölgede de üç adet atrofik, skarlı iyilemiş pigmente lezyonları (Resim 4) mevcuttu. Hikâyesinden başvurdukları klinik kurullarında hidrozadenit ve piyoderma gangrenozum tanılarıyla takip ve tedavi edildiğini belirtti.

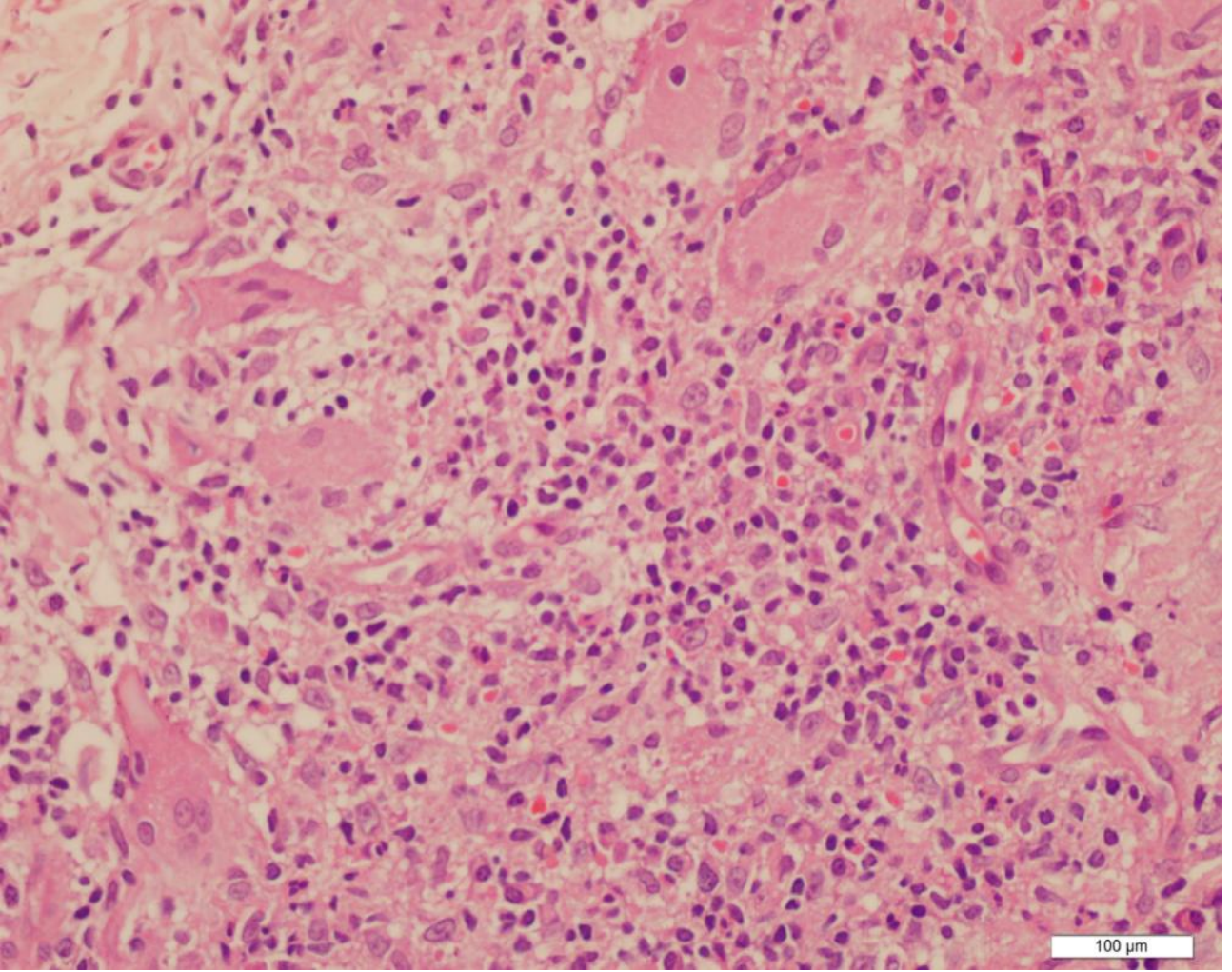
Laboratuvar bulgularında Hb 10,9 gr/dl, CRP 11,6mg/dl, eritrosit sedimantasyon hızı 70 mm/saat olarak tesbit edildi. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. PPD deri testi sonucu 14 mm olarak ölçüldü. Deriden alınan sürüntü örneğinin EZN boyama ile incelenmesinde aside dirençli basiller görüldü. Deri biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde kesitlerde epidermis altında dermiste, lenfositler, plazma hücreleri, epitelioid histiosit ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan granülom yapıları ve polimorfonükleer lökositlerin de katıldığı granümatöz iltihabi reaksiyon saptandı (Resim 5). Kazeifikasyon nekrozu yoktu. Bu bulgular ön planda tüberküloz olmak üzere granülomatoz dermatolojik hastalıkları düşündürmekteydi. Daha önceden tüberküloz hastalığı geçirme öyküsü bulunmayan olgumuzun tedavisine dört ilaçla başlandı. İsoniazid 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün, Etambutol 1500 mg/gün ve Pirazinamid 2500 mg/gün dozunda oral yolla iki ay süreyle verildi. Üçüncü aydan itibaren



Resim 3. Uyluk bölgesine ve gluteal bölgeye uzanan eritemli infiltratif plak tarzında deri lezyonu.



Resim 4. Skrofulodermaya bağlı atrofik skarlı iyilemiş pigmente deri lezyonu



Resim 5. Deri biyopsisinde kesitlerinde polimorfonükleer lökositlerin katıldığı granümatöz iltihabi reaksiyon.

soniazid ve Rifampisin tedavisine devam edilen olgumuzun takipleri sırasında deri lezyonlarında gerileme saptandı ve poliklinik takibine alındı.

TARTI MA

Tüberküloz hastalığı gelişimi ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek artan AIDS, madde bağımlılığı ve immünsüpresif ilaç kullanımı gibi nedenlerden dolayı önemini koruyan bir hastalıktır. Deri tüberkülozu tüm tüberküloz olgularının % 1'inden daha azında görülmektedir. Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, ve nadiren Calmette-Guerin attenü basili (BCG) hastalıkta etken olarak görülmektedir. Ekzojen ya da endojen kazanılarak klinik görüntüye sebep olabilir (3). Deri tüberkülozunun gelişmekte olan ülkelerdeki deri enfeksiyonları arasındaki sıklığı ise % 0,1-2,5 arasındadır. Ülkemizde bu oran % 2-4 arasında değişmektedir. 1130 tüberkülozlu hastanın incelendiği bir çalışmada 234 (% 20,7) olguda akciğerde tüberküloz ve 25 (% 2,2) olguda ise deri tüberkülozu bildirilmiştir. Tüberküloz tanısı almış 370 hastanın değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise 13 hastada (% 3,5) deri tüberkülozu saptanmıştır. Deri

tüberkülozu kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. Her yaş grubunda görülmesine rağmen, genç yaşlarda daha sık ve beklenilenin aksine yaşlı popülasyonda daha azdır (3,4).

Scrofuloderma sekonder bir deri tüberkülozudur ve ülkemizde lupus vulgaristen sonra ikinci sıklıkta görülür (5). Tüberkülozis kutis kollikuativa olarak da adlandırılan hastalık genellikle çocuk ve genç erişkinleri etkilemekle birlikte ileri yaşlarda da görülmektedir (6,7). Doğrudan veya otoinokülasyonla yayılan hastalık genellikle lenf nodüllerinin üzerinden gelişmekle birlikte nadiren kemik veya eklem tüberkülozunun deri yayılımı sonucu da gelişebilir (8). Parotis, submandibular, servikal, oksipital, supraklavikular, aksillar, inguinal lenf nodları en sık tutulan lenf nodlarıdır (7). Hindistan'da Padmavathy ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada skrofuloderma olarak sunulan tüberküloz olgularının çoğunluğu lenf bezleri üzerinden geliştiği bildirilmiştir. Bu çalışmada servikal lenf bezleri en yaygın (% 74,4) tutulan lenf bezleri iken daha az sıklıkla inguinal (% 28,9), aksiller (% 28,9) ve submandibular lenf bezlerinin (% 10,5) tutulumları gözlemlenmiştir. Servikal lenf grubundan, en sık olarak ise üst derin servikal

grup % 30 oranında ve bilateral olarak tutulmu tu. Hastalarda ya ortalaması otuz bir olarak görülürken kadınlarda hastalık iki kat daha fazla görülmekteydi. Olguların büyük bir ço unlu unda bir alanda yeni lezyonlar olu uyorken ba ka yerlerde iyile mekte olan lezyonlar dikkat çekmekteydi (9). Skrofuloderma ba langıçta sert, a rılı, subkutan nodül olarak ba lar. Nodül büyüyerek geni ler zamanla süpüre olarak açılır ülser ve fistül meydana gelir. Ülserasyonlardan sonuçta köprüler olu turan skarlar meydana gelir (6,7). Kenarları mor özellikte olan bu skarların varlı ı skrofuloderma için karakteristiktir. Çok sayıda olabilen lezyonların her biri farklı evrelerdedir. Yeni ba layan lezyonlar ile skarlar an lezyonlar birarada olabilir. Bizim vakamızda oldu u gibi hastalık tedavi edilmezse yıllarca sürebilir. Skrofulodermalı olguların hidrozadenit ve blastomikozisli olgularla ayırımı zordur (5,10). Ayrıca sifiliz gomu, aktinomikoz ve di er fungal enfeksiyonlar, atipik mikobakteri enfeksiyonları, akne konglobata, perirektal abseler, lei manyazis, dental sinüs gibi olgularda ayırıcı tanıda dü ünülmesi gereken di er hastalıklar arasındadır. Histopatolojik de erlendirme, PPD testi, EZN boyama ve kültür tanıda sıklıkla ba vurulan yöntemlerdir. PCR sensitivite ve spesifitesi yüksek bir di er tanı yöntemidir (10). Histopatolojisinde lenfosit ve monositlerin çevreledi i epitelooid histiyositlerden ve Langhans tipi dev hücrelerden olu an tüberkül yapısı göze çarpar. Bu granülomların merkezinde de i en oranda kazeifikasyon nekrozu görülür (5). Bizim olgumuzda ise deriden alınan sürüntü örne inin EZN boyama ile incelenmesinde aside dirençli basiller saptanırken deri biyopsisi örne inin patolojik bulguları ise deri tüberkülozunu dü ündürmekteydi. Deri tüberkülozunun tedavisi genellikle akci er tüberkülozu tedavisi gibi iki fazlıdır. Ba langıç fazında iki ay süreyle dörtlü ilaç tedavisi (isoniazid, rifampisin, prazinamid ve etambutol/streptomisin) kullanılırken dört aylık idame fazında ise ikili ilaç tedavisi (isoniazid ve rifampisin) kullanılır (12-14). Antitüberküloz tedaviye ek olarak cerrahi debridman, kriyoterapi, elektrokoterizasyon ve kimyasal koterizasyon gibi lokal destrüksiyon yöntemleri de kullanılabilir (13). Öncesinde tüberküloz hastalı ı geçirme öyküsü bulunmayan olgumuzda ba langıç fazında isoniazid, rifampisin, etambutol ve morfozinamid ile tedaviye ba lanmı tır. dame fazında ise isoniazid ve rifampisin tedavisi uygulanmı tır. Takipleri sırasında deri bulguları gerileyen olgumuzda antitüberküloz tedavisi dı nda lokal destrüksiyon tedavi yöntemleri kullanılmamı tır. Sonuç olarak, kronik gidi li morbiditesi yüksek bir

hastalık olan skrofulodermanın erken tanı ve tedavisi önemlidir. Lezyonlar üzerinden lupus vulgaris, malignite ve sistemik amiloidoz geli imi olabilir. Bu nedenle tedaviye dirençli kronik deri lezyonlarında deri tüberkülozu ayırıcı tanıda unutulmamalıdır ve dikkatle ara tırılmalıdır. Özellikle inguinal bölge lezyonları hidrozadenitle sıklıkla karı maktadır. Tanıdaki zorluklara ra men skrofulodermanın ayırıcı tanıda dü ünülmesi ve erken tedavi edilmesi olası komplikasyonları önleyecektir.

KAYNAKLAR

1. Erdem T. Deri tüberkülozu: Tanı ve tedavide güçlükler. XIX Prof. Dr. A. Lütfi Tat Sempozyumu. 2009;55.
2. Çileda A, Akın A, Karnak D, Kayacan O: Ya lı hastada skrofuloderma: gözardı edilmi antite ve tanısız kalımı olgu. Türk Geriatri Dergisi 2011;14(2):168-171.
3. Aydın F. Deri Tüberkülozu. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sem-pozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuar Tanı Yöntemleri Kursu, Samsun, 2003; 123-129.
4. Baykal C. Deri tüberkülozu: 64 olgunun retrospektif de erlendirmesi. Türkdern. 2001; 35: 103-104.
5. Ünal , Özdemir F, Kazandı AC, Alper S, Yazkan F. Deri tüberkülozu: 18 yıllık retrospektif de erlendirme. Türkdern 2003; 37: 32-36.
6. Usma İftikhar, Muhammad Nadeem, Shahbaz Aman, Atif Hasnain Kazmi. Scrofuloderma: a common type of cutaneous tuberculosis. A case report. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2011; 21: 61-65.
7. Tüzün Y, Gürer M.A, Serdaro lu S, O uz O, Aksunger V.L. Dermatoloji. Cilt 1. Deri Tüberkülozu. 3. baskı. stanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008; 443-458.
8. James WD, Berger TG, Elston DM Aydemir EH. Andrews Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji. 10. Baskı. Deri Tüberkülozu. stanbul; stanbul Medikal Yayıncılık; 2008; 333-335.
9. Padmavathy L, Lakshmana R, Ethirajan N, Manohar U, Krishnaswamy BK. Scrofuloderma: a clinicopathological and epidemiological study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008; 74(6): 700.
10. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other mycobacte-rial infections. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Frank Austen K, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 6th edn. New York: McGraw-Hill, 2003; 1933-1950.
11. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol. 2002;3(5): 319-28.
12. Rossman MD, Oner Eyubo lu AF. Clinical presentation and treatment of tuberculosis. Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Kaiser LR, Senior RM eds. In: Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. McGraw-Hill, Newyork. 1998; 2483-2501.
13. Memi o lu HR, Denli YG. Deri tüberkülozu. Kocaba A (Editör).Tüberküloz klini i ve kontrolü kitabı. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1991; 189-197.
14. Çalı ır HC. Tüberküloz Tedavisi. Solunum sistemi ve hastalıkları kitabı. Özlü T, Metinta M, Karada M, Kaya A (Editör). stanbul Tıp Kitabevi, stanbul, 2010; 1015-1021