

# Geç Tanı Almış Boyunda Bilateral Yerleşimli Bir Lupus Vulgaris Olgusu<sup>1</sup>

## DELAYED DIAGNOSIS OF A BILATERALLY INVOLVED LUPUS VULGARIS CASE IN NECK REGION

Cihangir ALİAĞAOĞLU\*, Mustafa ATASOY\*\*, Engin SEZER\*\*\*, Akın AKTAŞ\*\*\*\*, Şevki ÖZDEMİR\*\*\*\*

\* Uz.Dr., Erzurum Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği,

\*\* Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ERZURUM

\*\*\* Yrd.Doç.Dr., Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, TOKAT

\*\*\*\* Prof.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ERZURUM

### Özet

Lupus vulgaris (LV) en sık görülen deri tüberkülozu formudur. Daha önce sensitize olmuş, orta derecede immünitete sahip kişilerde ortaya çıkan postprimer enfeksiyondur. Vücudun herhangi bir yerindeki tüberküloz odağından, hematogen, lenfatik ya da komşuluk yoluyla deriye ulaşabilir. Nadiren ekzojen inokülasyon ile ya da BCG aşısı sonrası gelişebilir. En sık olarak baş ve boyun bölgesinde görülür. Oldukça kronik seyirli bir enfeksiyon olan LV, tedavi edilmezse yıllarca devam eder. Lezyonların hastanın çocukluğundan beri var oluşu ve bilateral yerleşimli olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Çocukluğundan beri boyunun her iki tarafında lezyonları olan 60 yaşındaki bayan hasta sunulmaktadır.

Boyunda bilateral olarak yerleşmiş LV plakları ve atrofik skarlar gözlemlendi.

İkili antitüberkülotik tedaviye çok iyi yanıt verdi. Lezyonları tamamen kayboldu.

**Anahtar Kelimeler:** Lupus vulgaris, Bilateral tutulum

T Klin Dermatoloji 2004, 14:100-104

### Summary

Lupus vulgaris (LV) is the most commonly seen skin tuberculosis form. It is a post-primary infection seen in individuals with moderate immunity and a high degree of tuberculin sensitivity. LV originates from tuberculosis focus in the body and spread by hematogenous, lymphatic or contagious way. It rarely occurs after exogenous inoculation or BCG vaccination. It is frequently seen in head and neck region. If untreated, LV, as an extremely chronic disease, may continue over many years. We aimed to present such an interesting case in this study.

In the present study, a 60-year old female patient having bilateral lesions located on the neck since childhood period was presented.

Atrophic scars and LV plaques located bilaterally in the neck region were observed.

LV had an excellent response to a 2-antituberculous therapy. The lesions were completely disappeared.

**Key Words:** Lupus vulgaris, Bilateral involvement

T Klin J Dermatol 2004, 14:100-104

LV daha önce mycobacterium tuberculosis tarafından sensitize ve infekte olmuş kişilerde ortaya çıkan reaktivasyon tüberkülozu formudur (1). En sık görülen deri tüberkülozudur. Basiller, çevreye yayılma, lenfatik ya da hematogen yolla deriye gelirler. Nadir olarak primer inokülasyon (1) ya da BCG aşısını takiben gelişebilir (1-3). Hastaların immüniteleri orta derecededir. PPD'ye karşı aşırı duyarlılık fazladır (1,4). Tedavi edilmezse, yıllarca süren kronik ve ilerleyici bir seyir sahiptir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (4). Hastayı geç tanı konulması ve

lezyonların bilateral olmasından dolayı sunmayı uygun bulduk.

### Olgu

Atmış yaşında bayan hasta beş altı aydan beri devam eden, vücudun da yaygın kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde hastanın boynunun her iki tarafında deriden kabarık, pembe-kırmızı renkte plakları olduğu saptandı. Bu lezyonları sorguladığımızda, hasta bunların çocukluğundan beri var olduğunu, ne zaman başladığını bilmediğini ve çevresi tara-



**Resim 1.** Boynun sağ tarafında kırmızı renkte deriden kabark plak ve papüler lezyonlar.



**Resim 2.** Boynun sol tarafında LV ait plak ve atrofik skatris.

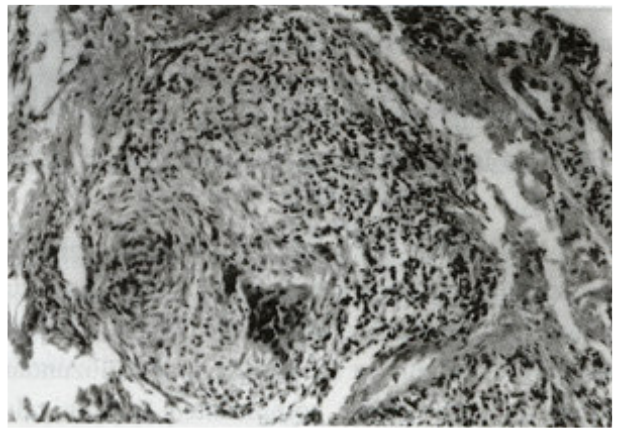
findan da “doğum lekesi olarak” söylendiğini ifade etti. Yirmi yaşlarında muayene olduğu bir hekim tarafından da doğum lekesi tanısı konmuş ve tedavisinin olmadığı söylenmişti. Bu nedenle hasta tedavi için bir girişimde bulunmamıştı.

Dermatolojik muayenesinde boynun her iki tarafında pembe-kırmızı renkte deriden kabark, keskin sınırlı plaklar gözlemlendi. Sağdaki lezyon boynun sağ yarısını tamamen kaplamakta (yaklaşık 20 cm uzunluğunda) ve çevresinde aynı özellikte küçük satellit papüller ve plaklar gözlenmekteydi. Sol tarafta ise saçlı deri çizgisine yakın yerleşmiş üçgeni andıran şekilde, yaklaşık 4 cm uzunluğunda aynı özellikte bir plak vardı. Bu lezyonun 3-4 cm ötesinde iyileşmiş bir LV lezyonuna ait olduğunu düşündüğümüz atrofik bir skar alanı gözlemlendi (Resim1,2). Lezyonun diaskopik muayenesinde elma jölesi görüntüsü saptandı. Hastada BCG aşına ait skar saptanmadı. Ayrıca deri kuruluğu (kol ve bacakların ön yüzünde) dışında başka bir muayene bulgusu yoktu. Sistemik muayenesi normaldi ve lenfadenomegali saptanmadı. Kaşıntısının deri kuruluğuna sekonder geliştiği düşünülürdü.

Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde hemogram, sedimantasyon, tam kan biyokimyası, tiroit hormonları, rutin idrar tetkiki normaldi. Gaitada parazit yumurtası tespit edilmedi. Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. PPD kuvvetli pozitifliği (28 mm). Balgamda tüberküloz basili aranması negatif. Balgam, idrar ve gaita kültüründe tüberküloz basili üremedi.

Hastadan LV ön tanısıyla biyopsi alındı. Yapılan histopatolojik değerlendirmede epitelioid hücreler ve dev hücrelerden oluşmuş tüberküloit granülomlar izlendi. Dev hücreler yabancı cisim dev hücresi karakterindeydi. Granulomları yoğun lenfosit infiltrasyonu çevrelemekteydi. Kazeifikasyon nekrozu izlenmedi (Resim 3).

Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastaya LV tanısı konuldu. İkili antitüberkülotik tedavi başlandı (İzoniazid 300 mg/gün, Rifampisin 600 mg/gün). Bu tedavi 12 ay uygulandı. Tedavi bitiminde lezyonların tamamen iyileştiğini gözlemledik (Resim 4,5). Kaşıntısı için antihistaminik (hidroksizin 50mg/gün) ve nemlendirici (vazelin pür) başlanan hasta tedaviye cevap verdi. Kaşıntısı bir ay sonraki kontrolünde tamamen düzelmişti.



### Tartışma

**Resim 3.** Dermiste granülomatoz infiltrasyon (HE X10).



**Resim 4.** Boynun sağ tarafında iyileşmiş LV plağına ait atrofik skatrisler.



**Resim 5.** Boynun sol tarafında iyileşmiş LV plağına ait atrofik skatrisler.

LV orta derecede immüniteye sahip, daha önceden sensitize olmuş kişilerde ortaya çıkan, postprimer deri tüberkülozu formudur. LV oldukça kronik ve ilerleyici bir tablodur. Lezyonlar sürekli ilerler ve spontan involüsyon ortaya çıkmasına rağmen, yeni lezyonlar eski skarlardan ortaya çıkar. Tedavisiz tam iyileşmesi nadirdir (1). Bizim hastamızda da 60 yıla yakın bir süre içerisinde iyileşme olmamış, aksine lezyonlar giderek genişlemiştir.

LV vücudun her hangi bir yerindeki tüberküloz odağından hematogen, lenfatik ya da komşuluk yoluyla basillerin yayılması ile oluşur. En sık servikal lenfadenit ya da akciğer tüberkülozundan, bazen de eski primer kompleksten orijinini alır. Nadir olarak primer inokülasyon (1), ekzojen reenfeksiyon (5) ve BCG aşısı sonrası gelişebilir

(1-3). Eski skrofuloderma skarından da gelişebilir (6). Bizim hastamızda hikayesinde ve klinik muayenesinde akciğer tüberkülozu, skrofuloderma, eklem tüberkülozu ve BCG skarı gibi primer kaynak olacak bulaş yolu tespit edilemedi. Bu nedenle primer inokülasyon olabileceği düşünüldü.

Deri tüberkülozları içinde en sık görülen LV, kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (4). Bizim olgumuzda 60 yaşında bir bayandı.

Lezyonlar genellikle soliterdir, fakat iki ya da daha fazla bölgede eşzamanlı olarak ortaya çıkabilir. Aktif tüberkülozlu hastalarda multipl odaklar gelişebilir (1). Özellikle otoinokülasyona bağlı multipl ve bilateral yerleşimli LV olguları bildirilmiştir (7). Yaklaşık olarak hastaların % 90'ında baş ve boyun bölgeleri tutulur. En sevdiği yerleşim yerleri burun, yanaklar ve kulak memeleridir.

Lezyonların sadece az bir yüzdesi ekstremitelerde ortaya çıkar (1). Bizim hastamızda da boyunda bilateral yerleşmiş LV plakları vardı. Lezyonlar kırmızı-sarı veya kahverengi, yumuşak kıvamda, toplu iğne başı büyüklüğünde tüberküller halinde başlar. Lüpom adı verilen bu tüberküllerin üzerine bir lamla bastırılacak olursa (diaskopi) elma jölesine benzer biçimde mat sarı renk aldıkları görülür. Bu LV için patognomoniktir. Altta doku yıkımı bulunması nedeniyle lezyonlar bir stile ile kolayca delinebilirler. Lüpomlar birbirleriyle birleşerek plaklar oluştururlar. Bu plakların bazı alanlarının iyileşmesi, bazı alanlarda ise yeni lezyonların ortaya çıkması nedeniyle kenarları girintili çıkıntılı bir görünüm kazanır (4). Lezyonlar çok yavaş olarak büyürler. İlk lezyonun görülmesinden yaklaşık beş yıl sonra LV teşhisi konulabildiği tahmin edilir (8). Lezyonların bu kronik ilerleyici seyri esnasında görülebilen ülserasyonlar, skatrisler ve destrüksiyonlar nedeniyle değişik görünümde çeşitli klinik tipleri tarif edilmiştir (1,4,8).

LV bulaşıcı değildir (8), fakat oldukça kronik seyirlidir. Tedavisiz yıllarca hatta dekatlarca devam eder. Bu nedenle erişkinlerdeki lezyonlar çocuklardakinden daha geniştir (1). Literatürde çok uzun yıllar sonra tanı almış olgular bildirilmiştir (5,9,10). Bizim hastamızda da tanı almadan geçmiş 60 yıllık süre söz konusuydu. Eklem hareketlerini azaltan kontraksiyonlar, yüzün kıkırdak yapılarında mutilasyonlar, ektropiyon, konuşma ve beslenmeyi engelleyen mikrostomi hastalığının sekelleridir. Uzun süreli LV'in en ciddi komplikasyonu skuamöz hücreli karsinoma gelişmesidir. Bunlardan metastaz gelişme riski daha yüksektir (1,4).

Hastaların immüniteleri orta derecededir. PPD'ye karşı aşırı duyarlılık fazladır (1,4). Bizim hastamızda da 28 mm çapında kuvvetli pozitif PPD reaksiyonu saptandı.

Tipik LV plaklarında tanı problemi yoktur. Ayırıcı tanıda sarkoidoz, lenfositoma kutis, diskoid lupus eritematozus, geç sifiliz, lepra, rezidivan leishmaniasis, derin mantar enfeksiyonları ve kronik vejetan pyodermalar akla gelmelidir. Anamnezde lezyonun uzun süreli oluşu, muayenede özellikle diaskopide elma jölesi görünümü, PPD pozitifliği, tüberküloz kültürü ve histopatoloji ile

ayırımı yapılır (1). Bizim olgumuzda da lezyonların çocukluğundan beri devam etmesi, diaskopik muayenesinde elma jölesi görüntüsü vermesi, kuvvetli PPD pozitifliği, histopatolojisinin LV ile uyumlu olması nedeniyle LV teşhisi konuldu.

Histopatolojisinde epitelioid hücreler ve dev hücrelerden oluşmuş tüberküloid granülomlar vardır. Tüberküller içinde hafif kazeifikasyon nekrozu olabilir ya da olmayabilir. Granülomlar çevresinde yoğun lenfosit infiltrasyonu vardır. İnflamasyon üst dermiste daha belirgindir. Epidermiste atrofi, akantoz, hiperkeratoz ve papillomatosis görülür (11).

Tedavide hızlı iyileşmeyi sağlamak, dirençli suşların oluşumunu önlemek ve nüksleri en aza indirmek için en az iki antitüberkülotik ilaç verilmelidir. Tedavi süresi de en az 12 ay devam etmelidir (4). Hastamıza 300 mg/gün İzoniazid ve 600 mg/gün Rifampisin başladık ve 12 ay devam ettik. Tedavi bitiminde lezyonlar tamamen kaybolmuştu.

Sonuç olarak uzun yıllar teşhis konmamış, hasta tarafından da doğum lekesi olarak bilinen, bilateral yerleşimli LV olgumuzda 12 aylık ikili antitüberkülotik tedavi sonrası lezyonlar tamamen kayboldu.

#### KAYNAKLAR

1. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other Mycobacterial Infections. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF et al, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5<sup>th</sup> Ed. New York: Mc Graw – Hill Company, 1999; 2274-318.
2. Selimoglu MA, Erdem T, Parlak M, Esrefoglu M. Lupus vulgaris secondary to single BCG vaccination. A case report. Turk J Pediatr 1998;40(3):467-71.
3. Tan H, Karakuzu A, Arik A. Scrofuloderma after BCG vaccination. Pediatr Dermatol 2002;19(4):323-5.
4. Tüzün Y, Mat MC. Mikobakteri Hastalıkları. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O, eds. Dermatoloji, 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994;121-43.
5. Woo PN, Batta K, Tan CY, Colloby P. Lupus vulgaris diagnosed after 87 years, presenting as an ulcerated 'birthmark'. Br J Dermatol 2002;146(3):525-6.
6. <http://www.emedicine.com/derm/topic>
7. Sethuraman G, Thappa DM, Kurvilla S. Symmetrical reinfection lupus vulgaris. Pediatr Dermatol 1999; 16(6): 488-90.

8. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology, 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag , 2000;210-3.
9. Ceylan C, Gerçekler B, Kazandı A, Özdemir F. Tanısı gecikmiş atipik yerleşim gösteren bir lupus vulgaris olgusu. XIX Ulusal Dermatoloji Kongresi Özet Kitabı, 2002;32.
10. Ekmekçi TR, Köşlü A, Ayabakan Ö. Lupus vulgaris zemininde gelişen SCC. XVI Prof. Dr. A.Lütfü Tat Simpozyomu Program ve Özet Kitabı, 2003;78.
11. Sebastian L. Bacterial disease. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. (eds). Histopathology of the

skin.8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997; 457-502.

---

**Geliş Tarihi:** 09.10.2003

**Yazışma Adresi:** Dr.Cihangir ALIAĞAOĞLU  
Numune Hastanesi Dermatoloji kliniği,  
ERZURUM  
caliagaoglu@yahoo.com

*\*Bu çalışma Lütfü Tat 2003 simpozyumunda poster olarak sunulmuştur.*