

# Hemiparezi Yakınmasıyla Gelen Bir Skrofuloderma Olgusu

*A Case Of Scrofuloderma Attending With Hemiparesy*

Dr. İlknur ALTUNAY, Dr. Canan SAVAŞ, Dr. Handan FERHANOĞLU  
Dr. Ali GÜZELSOY, Doç. Dr. Adem KÖŞLÜ

Şişli Etfal Hastanesi Dermatoloji Kliniği

## ÖZET

Tüberküloz kişinin immün direncine göre deri de dahil olmak üzere birçok organı tek başına veya birlikte tutabilen ciddi bir enfeksiyon hastalığıdır. Çocukluğunda kemik tüberkülozu geçiren ve tedavi gördüğünü belirten ancak daha sonra değişik yakınmalarla başvuran multiorgan tutulumlu bir skrofuloderma olgusu sunulmakta, tanı ve tedavi ile ilgili bazı özellikler gözden geçirilmektedir.

## SUMMARY

A scrofuloderma case with multiorgan involvement who previously had had bone tuberculosis and undergone therapy in her childhood has been presented. In this patient referring by various complaints, have been assessed some topics about diagnosis and therapy.

## GİRİŞ

Tüberküloz, en sık olarak akciğerleri tutan; ancak bütün organlarda görülebilen, kronik ve yineleyen bir enfeksiyondur. Görülme sıklığı yaş, cins, ülke, ırk ve sosyoekonomik duruma göre değişmekle birlikte ülkemizde ve dünyada da özellikle artan HIV enfeksiyonu nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin immün statusuna göre bir veya birçok organa çeşitli yollarla yerleşen tüberküloz (tbc) eksternal veya internal olarak deriye yerleşerek deri tbc'nu oluşturur ki görece nadir olan bu durumun değişik klinik varyeteleri mevcuttur. Skrofuloderma bir subakut form olup ekzojen olarak veya tbc'lu bir organın (lenf nodu, kemik, eklem vb.) deriye yakın teması sonucunda ya da özellikle zayıf immüniteli yaşlı kişilerde hematogen yolla gelişebilir (1, 2, 3, 4). Multiorgan tutulumlu genç bir skrofuloderma hastası sunuyoruz.

## OLGU

M.K. 32 yaşında kadın. Status epileptikus ve sağ hemiparezi nedeniyle Şişli Etfal Hst. Nöroşirürji Kliniği'ne başvuran hasta sol kasığındaki multipl yaralar nedeniyle konsülte edilerek Dermatoloji Kliniği'nde

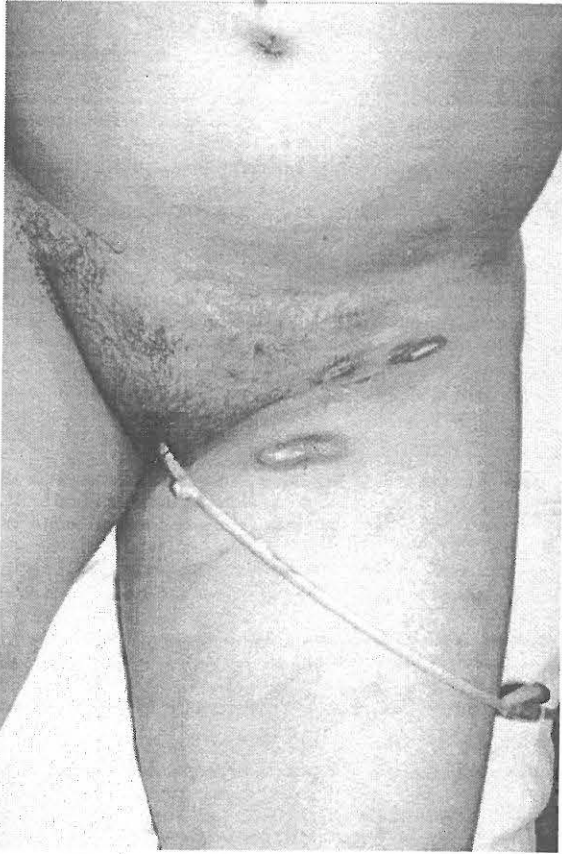
izleme alındı. Hastanın özgeçmişinde 9 yaşında iken kemik tbc geçirdiği, daha sonra boynunda ve kollarında yaralar açıldığı ve uzun süre tbc tedavisi gördüğü kaydedildi; gene çocukluğundan beri sara nöbetleri geçirdiği ve bu nöbetlerden kendiliğinden uyanıldığı, fakat son nöbetinde uyanamayıp sağ tarafında güçsüzlük geliştiği ve bu nedenle hastaneye başvurduğu öğrenildi. Hastanın ilk bakışında bilinci açık, tansiyon ve nabızı normal'di. Ateş yoktu. Sensorial afazi ve sağ hemiparazi'si vardı. Fizik muayenesinde skleralar ikterik'ti. Akciğer bazallerinde solunum sesleri azalmıştı. Karaciğer kot kavisini 3 cm. geçiyordu. Traube kapalıydı. Karında perküsyonla açıklığı yukarı bakan matite saptandı.

Dermatolojik muayenede, saçlar ve saçlı deri normaldi. Post ve preaurikulaer ve submental bölgeler ile boyun cildinde normal deri renginde yer yer brittle oluşturmuş, multipl fibröz skatrisler, sol kolda 4 adet deprese skatris, sağ omuz, koltukaltı ve sağ bacak iç kısmında gene aynı türden skar lezyonları mevcuttu. Sol inguinal bölgede ise 4 adet 2-4 cm. boyutlarında elipsoid, etrafı livid renkli, kenarları dekolle, akıntılı, tabanı kırmızı, canlı görünümlü ülser gözleniyordu. Deri ekleri normaldi (Resim 1).

## Yazışma Adresi:

Dr. İlknur Altunay  
Şişli Etfal Hastanesi, Dermatoloji Kliniği  
Şişli / İSTANBUL

Lab. tetkiklerinde patolojik olanlar lökosit 12000 (lökositoz), nötrofil oranı % 81.61 (nötrofili), lenfosit % 5.12 (lenfopeni), monosit oranı % 10.40 (monositoz), sedimentasyon 68/90 mm. (1 sa/2 sa), SGOT: 96 Ü/L, GGT: 135 Ü/L (7-50) ALP: 175 Ü/L (39-117),



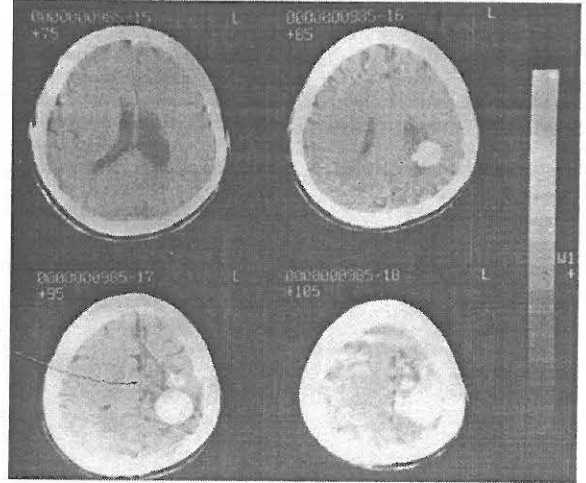
**Resim 1: Derideki lezyonların klinik görünümü**

Alb: 3.4 (3.5-5.5), Glob: 6.0 (1.5-3.5) Direkt Biluribin 0.39 (0-0.25) mg/dl, K+: 3.4 (3.5-5.5) idi.

Tam idrar tetkikinde bol canlı bakteri, 7-8 eritrosit mevcuttu. İdrar kültüründe E.coli üredi. (100.000/ml). ARB (-) idi. Batındaki serbest sıvıdan yapılan parasenteze ait değerler Dansite 1015, Rivalta (+), Lökosit 720/mm<sup>3</sup>, LDH: 127, Alb: 1.4, glukoz: 92 şeklindeydi. Parasentez sıvısı ARB tetkiki (-) idi.

Kasıktaki lezyonlardan yapılan ARB kültürü (+) idi. Punch biyopsiden yapılan histopatolojik kesitte epidermiste ülserasyon, lezyon periferinde belirgin nekroz ve lenfoplazmositer infiltrasyon gösteren tüberküloid yapılar mevcuttu.

Hastanın PA AC grafisinde hiluslar bilateral dolgunluk, horizontal fissürde belirginlik, bilateral parakardiyal alanlarda staza ait görünüm tespit edildi. Femur-pelvik grafisinde sağda femur başında 2 adet 0,5 ve 1 cm.'lik radyodansiteler kompakt kemik adacıkları şeklinde tanımlandı. Abdominal USG sonucunda KC, safra kesesi normal tespit edilirken perihepatik,



**Resim 2: Kranial BT'de sol hemisferde talsifiye tüberkülom odağı**

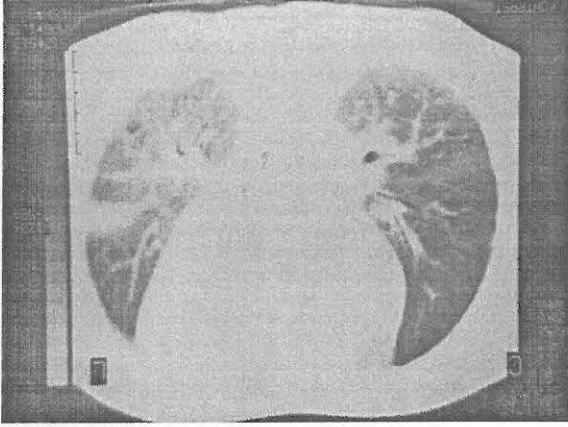
perisplenik ve pelvis içinde yaygın serbest sıvı, dalakta normalden büyüklük, böbrek parankiminde grade I parankim hastalığına uyacak şekilde ekojenite artışı kaydedildi.

Multipl bulgu ve semptomatoloji nedeniyle total vücut tomografisi çekildi. Kranial BT'de sol konveksite'de 3 cm'lik kalsifikasyon alanı çevresel kalsifikasyon odakları ile birlikte talsifiye tbc odağı, tüberkülom ile uyumlu bulundu (Resim 2). Toraks BT'sinde mediasten normal, perikardial ve solda belirgin bilateral plevral efüzyon, sol AC bazalinde plevra ile geniş ilişki gösteren kama tarzı infiltrasyon alanları izlendi (Resim 3). Batın BT'sinde ise kc normal boyutta, fakat kaudal lobu hipertrofik ve çevresel kontürler lobüler olarak izlenirken bu gözlemler kronik kc hastalığı (hematojen yayılım) ile uyumlu bulundu. Ayrıca batında serbest sıvı, dalakta normalden büyüklük, paraaortik, mezenterik, ekstrailiak (özellikle solda 4 cm çapta) lenfadenopati imajları tespit edildi.

Nöroloji Kliniği'nden istenen konsültasyon sağ hemiparezi ve sensorimotor afazi tespit edilerek epileptik nöbetler için anti epileptik önerildi ve antitüberkülo tedavinin devamı uygun görüldü.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kl. konsültasyonu sonucu yapılan rektal tuşe ve USG ile uterus ve overler normal olarak değerlendirildi.

Ortopedi Kl.'den istenen konsültasyon sonucunda ise, grafide tespit edilen 2 opak nokta tbc ile ilgisi olmayan, tamamen selim kalsifiye alanlar şeklinde yorumlandı.

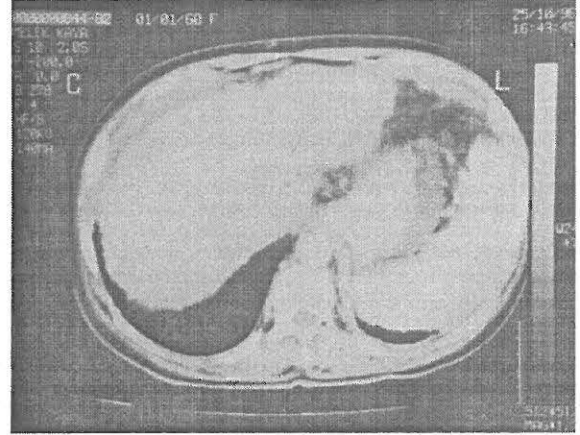


**Resim 3: Torax BT'de bilateral pleural efüzyon ve AC de infiltrasyon alanları**

Hasta INH, pirazinamid, rifampicin ve etambutol olmak üzere 4'lü kemoterapiye alındı. İzlem döneminde deriye ait lezyonlarda tedricen düzelme gözlemlendi, ülserler kapandı ve akıntı kayboldu. Ancak hastanın iç organ tutulumuyla ilgili bulgularında herhangi bir gerileme olmadı. Hasta Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne sevk edildi.

### TARTIŞMA

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin problemi olan, fakat tüm dünyada görülebilen bir enfeksiyon olan tüberkülozun organ tutulumları arasında deri nispeten seyrek olarak yer alırken deri tüberkülozları arasında da lupus vulgaris ve skrofuloderma en sık sözü geçen klinik tiplerdir (1, 2, 3, 4). Skrofuloderma deride sıklıkla lenf nodları, kemik, eklem, epididim gibi organlardaki tüberkülotik bir odakta kontagioz yolla oluşur. Lezyon morfolojisi etrafları mor, kenarları dekolle, kazeöz akıntılı ülserler, yumuşak gömöz nodüller kordon benzeri skar ve brit formasyonları şeklinde olabilir. Hastanın boyun, submental, aksillar bölgeleri ve kollarında gözlenen multipl skarlar geçirilmiş bir kemik ya da lenf nodu tbc'ü veya her ikisinin de geçmişte var olduğuna dair ipucu vermektedir. Hasta interne edildiği sırada sol kasiğında gözlenen multipl ülserler de morfolojik açıdan skrofuloderma ile uyumludur ve histopatoloji bunu desteklemiştir. Hemiparezi ve status epileptikus nöbetleri için istenilen kranial BT'de tespit edilen lezyon kalsifiye tüberküloz ile uyumlu bulunmuştur. Ve serebral tutulumu açıklamaktadır. Literatürde özellikle milier tbc'li hastalarda serebral tüberküloz bildirilmekte ve bunun tbc'un en ciddi komplikasyonlarından biri olduğu belirtilirken BT'nin tanıdaki değeri



**Resim 4: Batın BT'de KC'in Lobüle kontürü, batındaki serbest sıvı ve normalden büyük dalak görünümü**

vurgulanmaktadır (5, 6, 7). Toraks ve abdominal BT'den elde edilen veriler de olası bir pulmoner, plevral, hepatik, hatta peritoneal tutulumu göstermektedir. Dolayısıyla hasta tümüyle değerlendirildiği zaman bir disseminasyon olayı ve deriye de hematogen bir yayılım ile tbc basilinin odaklanması söz konusudur ki, skrofuloderma için bu tür bir yayılım genellikle başka bir primer tbc odağına sahip zayıf immüniteli yaşlılarda oluşmaktadır ve nadir bir durumdur. Olgu nispeten genç yaşta, eski lenf ve kemik tüberkülozuna ait inaktif skar lezyonları ile yeni bir enfeksiyonun göstergesi olan ülserler ve diğer organlardaki progressif seyir tedavi gördüğünü belirtmiş olan hastada yetersiz tedavi veya ilaca rezistans problemini açığa çıkarmaktadır. Tbc basili (M. tuberculosis) monoterapi, yanlış ilaç alımı, reçete edilmiş ajanlardan bir veya daha fazlasının alınmaması, suboptimal dozaj, zayıf ilaç absorpsiyonu veya rejimde yetersiz sayıda aktif ajanın yer alması gibi nedenlerle aylar içinde multipl ilaçlara karşı dirençli suşlar geliştirebilmektedir ki bizim hastamızda da çok büyük olasılıkla bu nedenlerden biri veya birkaçı söz konusudur. Yetersiz tedavi rezistan organizmaların ortaya çıkmasının en sık nedenidir ve bu bakımdan, özellikle önceden tedavi görmüş olan hastaların aksi kanıtlanana dek ilaç-rezistan organizmaları taşıdığı düşünülmelidir (8). Gerçek şudur ki bu tür hastaların yeniden tedavileri ayrıntılı mikrobiyolojik, farmakokinetik, psikososyal ve nutrisyonel sistemleri içeren programlar dahilinde ele alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

- 1 Berkow R, Fletcher AJ: Infectious and parasitic Disease S. In The Merck Manual. 16.th ed. Merck Research Laboratories. Rahway 1992; 4-275.
- 2 Koçođlu F: Tüberküloz. Sürekli Tıp Eđitimi Dergisi 1992; 1 (7) 216-218.
- 3 Tappeiner G, Wolffk: Tuberculosis and other mycobacterial infections. In Dermatology in General Medicine. Eds Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IH, Austen RF: 4th ed. Mc Grow Hill New York 1993; 2370-2395.
- 4 Braun-Falco O J Plewig G, Wolff HH, Winkelmann RK: Disease caused by bacteria. Dermatology. 3th ed. Springer-Verlag Berlin 1991: 64-193.
- 5 Navaro Sanz R, Perez Fernandez JA et al: Military tuberculosis and cerebral tuberculomas. Apropos a case. An Med Interna 1993; 10 (9): 443-5.
- 6 Kchouk M, Zouiten F, Ben Romdhane MH, Touibi S, Zribi A: Cerebral military tuberculosis. Apropos of 5 cases and review of the literature. J Radiol 1992; 73 (11): 589-93.
- 7 Gürses N, Aydın M: Intracranial tuberculoma. Mikrobiyol Bul 1992; 26 (2): 163-9.
- 8 Wood AJJ: Treatment of Multidrug-resistant tuberculosis. The New England Journal of Medicine. 1993; 329 (11): 784-791.