

Primer Mukokütanöz Burun Tüberkülozu: 17 Yıl Geciken Tanı

Şerife Karagülle¹, Rüçhan Ulutürk², Ferda Soysal², Bilgin Aksoy³, Volkan Dündar²

Özet: Yakınlmaları 17 yıl öncesine uzanan, mikrobiyolojik ve histopatolojik incelemelerle tanısı yeni konulabilen ve tedavi edilen bir primer mukokütanöz burun tüberkülozu olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Ekstrapulmoner tüberküloz, deri tüberkülozu.

Summary: Primary nasal mucocutaneous tuberculosis: 17 years of delay in diagnosis. A case of primary nasal mucocutaneous tuberculosis with symptoms during 17 years diagnosed recently by means of histopathologic and microbiologic investigations is presented.

Key Words: Extrapulmonary tuberculosis, skin tuberculosis.

Giriş

Ekstrapulmoner tüberkülozun yerleşimleri arasında burun ve paranazal sinüsler bulunmakla birlikte, bu tür olgulara literatürde çok az rastlanmaktadır (1,2). Page (3) tarafından literatür gözden geçirilmiş, primer ve sekonder nazal ve/veya sinüs tüberkülozu olarak 1972 yılına kadar 40 olgu bulunmuştur. 1979-1993 yılları arasında olgu bildirimleri şeklinde beş yayında toplam 15 primer burun tüberkülozu olgusu yayınlanmıştır (4-8).

Burun tüberkülozunda çoğunlukla burun septumu ve burun kanadı arasındaki vestibül, kıkırdak septum ve inferior nazal konkanın ön parçası tutulmaktadır (9). Hastalık deriden müköz membranlara yayılabildiği gibi tersi de olabilir. Grimsi beyaz veya şeffaf nodüller kolayca ülserleşebilir, serum ve pü ile kaplanır ve bir granülasyon zemini oluşur. Ülserasyonlar yumuşaktır ve kolayca kanar. Burun içinde kabuklar oluşur, solunum güçleşebilir, burun kanaması ve mukuslu akıntı olur. Burun kıkırdağında deformiteler, mukozada sineşiler olabilir. Aynı zamanda deri üzerinde görülen lupus vulgaris doğru tanıyı koydurur (9). Hastalık, aktif bir akciğer tüberkülozuna sekonder olabildiği gibi inhalasyon ya da inokülasyon yoluyla alınıp, primer olarak da başlayabilir. Bu nedenle hastalarda primer odağın aranması için radyolojik, ultrasonografik, mikrobiyolojik tetkikler yapılmalı, tespit edilemeyen bir odağın daha sonra belirti verebileceği göz önünde tutularak hastalar uzun süreli gözlenmelidir. Bu tetkiklere rağmen hastada primer akciğer tüberkülozu olasılığını reddetmek mümkün değildir. Etken mikroorganizma direği muayene ile veya kültür yoluyla gösterilebilir. Hastaların çoğunda PPD pozitifdir. Histopatolojik tetkikte Langhans tipi dev hücreler, epitelioid histiositler ve lenfositlerle çevrili granülomatöz infiltrat ve ortasında da kazeifikasyon nekrozu görülebilir.

Olgu

30 yaşında erkek hasta, 17 yıldan beri hiçbir tedaviye yanıt vermeyen, burun içinde delinme, burun kanadında yırtılma (fissür) yapan ve kabuklanma nedeniyle solunum güçlüğü yaratan, zaman zaman burun kanaması yapan yaraları nedeniyle Dermatoloji Kliniğine başvurmuştur. Daha önce Kulak Burun Boğaz Klinikleri tarafından takip edilerek, tüberküloz şüphesi ile tetkiklerinin yapılmış olduğu, ancak sonuçlar negatif çıkınca nonspesifik tedaviler uygulandığı anlaşılmıştır.

Hasta 13 yaşında iken sağ burun deliği içinde soluk almasına

engel olan bir çıkıntı oluştuğu ve bunun üzerine annesinin götürdüğü yaşlı bir kadının bir bitki kökünü tükürükleyerek hastanın burun deliği içine yapıştırdığı öğrenilmiştir. Bundan bir hafta sonra burun içindeki yapışkan materyal çıkarılınca yerinde bir yara açıldığı ve burun septumunda delinme meydana geldiği hasta tarafından anlatılmıştır.

Hastanın askerde iken akciğer tüberkülozu şüphesi ile iki kez sanatoryuma gönderildiği, akciğerlerinde lezyon bulunamayınca tüberküloz olmadığı bildirildiği kendisinden öğrenilmiştir. Burun içindeki deliğin zamanla daha büyümesi ve dıştan görülür hale gelmesi üzerine 1987 yılında bir operasyonla bu deliğin küçültüldüğü anlaşılmıştır.

Dermatolojik muayenesinde, burun ucunda ve septumunda pembe-viyole renkte düzensiz sınırlı bir eritemli zeminde yer yer diyaskopi ile elma jölesi görüntüsü veren sarımsı pembe renkte papüller, hafif skuam, sağ lateral alar kıkırdağın 0.5 cm kadar deformitesi ve doku kaybı, etrafında hemorajik krutlanma, burun mukozasında atrofik, yer yer hemorajik krutlu bir görünüm, burun septumu üzerinde columella kıkırdağının üst bölümünde 0.5 cm çapında kenarları krutlu bir perforasyon görülmüştür (Resim 1).

Hemogram, eritrosit sedimantasyon hızı, kan biyokimyası, tam idrar tahlili, akciğer grafisi, TPHA ve RPR incelemelerinde bir patoloji saptanmamıştır. Anti-HIV antikoruna negatif, tüberkülin testi pozitif olarak saptanmıştır.

KBB kliniği tarafından burun içinden alınan biyopsi materyalinin histopatolojik tetkiki sonucu nonspesifik iltihap bulguları bildirilmiştir. Dermatoloji kliniği tarafından burun üzerindeki lezyonlardan "punch" biyopsisi yapılmış, epidermiste hiperkeratoz, üst dermada yuvarlakça alanlar halinde epitelioid histiositler, lenfosit ve plazmositler, Langhans tipi dev hücrelerden oluşmuş infiltrasyonlar saptanmıştır. Alt dermada adneksler çevresinde yer yer yoğunlaşan mononükleer hücre infiltrasyonu görülmüştür (Resim 2). Bu bulgulara dayanılarak granülomatöz dermatit şeklinde patoloji raporu düzenlenmiştir. Mikrobiyolojik tetkik için hastadan farklı günlerde üç kez eküvyonla burun mukozasından sürüntü alınmış, her birinden direkt aside dirençli bakteri aranmış ve Löwenstein-Jensen besiyerine ekim yapılmıştır.

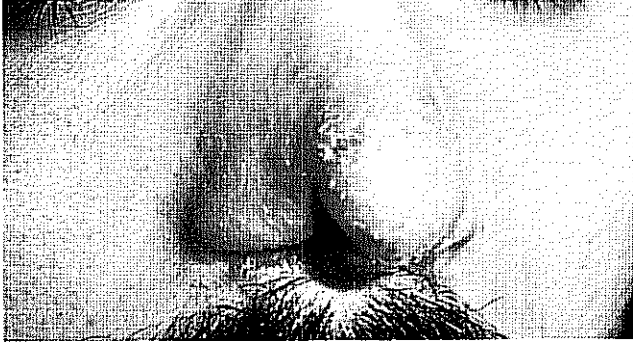
Üç örneğin ikisinde hem direkt preparatta aside dirençli basil görülmüş, hem de kültürde *Mycobacterium tuberculosis* üretilmiştir. Balgamda tüberküloz basili görülmemiş ve kültürde ürememiştir.

Hasta klinik, histopatolojik ve mikrobiyolojik değerlendirme sonucunda primer mukokütanöz burun tüberkülozu olarak kabul edilerek, izoniazid, rifampisin, pirazinamidden oluşan üçlü antitüberküloz tedaviye başlanmıştır. Lezyonlar hızla düzelmeye göster-

(1) SSK İstanbul Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

(2) SSK İstanbul Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul

(3) SSK İstanbul Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İstanbul



Resim 1. Sağ lateral alar kıkırdak deformitesi



Resim 2. Biyopside granümatöz dermatit

miş, tedavinin ikinci ayından sonra izoniazid ve rifampisin ile devam edilmiştir. Hasta halen izlenmektedir.

İrdeleme

Üst solunum yollarında granümatöz bir oluşumla karşılaşıldığı zaman tüberküloz, sarkoidoz, ekstresek alerjik alveolit, lepra, Wegener granümatozu, histoplazmoz ve sifilis arasında ayırıcı tanı yapmak gerekir (10, 11). Bu hastalıkların hikayesi, prognozu ve tedavisi tamamen farklıdır. Lezyondan yapılan biyopsilerin mutlaka mikroskopik olarak incelenmesi ve özel boyamalar uygulanarak olası mikrobiyolojik ajanın aranması gerekmektedir. Bakteriolojik inceleme esnasında, direkt preparatta bir materyalde tüberküloz basillerinin görülebilmesi için ml'de 10 000 kadar bakteri gerekirken, kültür ile saptanabilmesi için ml'de 10-100

bakteri yeterli olmaktadır. Burun ve boğaz kolay inspekte edilen ve biyopsi için de her zaman uygun yerlerdir. Klinik olarak düşünülmesine karşın laboratuvar sonuçları her zaman pozitif olmayabilir. Deride de lezyon bulunduğunda biyopsi alınarak histopatolojik tanı konulabilir.

Bu olguda infeksiyonun yaşlı bir kadın tarafından hastaya tükürükle bulaştırıldığı düşünülmektedir. Hastaya 17 yıl içerisinde birçok defa akciğer tüberkülozu ile ilgili radyolojik ve mikrobiyolojik tetkik yapılmasına rağmen hiçbir spesifik bulguya rastlanmamıştır. Fakat bu dönemde, burundaki lezyondan tüberküloza spesifik patolojik ve mikrobiyolojik inceleme yapılmamış, tüberkülin testi uygulanmamıştır. Olgunun tanısı ancak klinik şüphe üzerine tekrarlanan bakteriolojik ve patolojik incelemeler sonucu konulabilmıştır. Akciğer ve diğer sistemlerde klinik, radyolojik, mikrobiyolojik olarak tüberküloz infeksiyonunu düşündürecek bir bulguya rastlanmaması ve direkt inokülasyonu düşündüren hikayesinin olması, bu olgudaki burun lezyonunun primer tüberküloz olduğu düşüncesini desteklemektedir. Bu tip kronik yara olgularında toplumumuzdaki yüksek tüberküloz prevalansı göz önüne alınarak dikkatli ve tekrarlanan mikrobiyolojik çalışmaların önemi bu vaka dolayısıyla bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Wolinsky E. Diseases due to mycobacteria. In: Smith JB, Bennett JC, eds. *Cecil Textbook of Medicine*. 19th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 1733-45
2. Des Prez RM, Heim CR. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990: 1877-903
3. Page JR, Jash DK. Tuberculosis of the nose and paranasal sinuses. *J Laryngol Otol* 1974; 88: 579-83
4. Dulundu H, Şahin S, Ertekin C, Cömert F. Primer nasal tüberküloz. *Türk Otolarengol Arş* 1993; 31: 43-4
5. Gentric A, Garre M. Nasal tuberculosis: two cases in elderly patients. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 176-7
6. Nemir RL, Branon-Genieser N, Balasubramanyam P. Extensive sclerosis of the base of the skull due to primer nasal tuberculosis. *Pediatr Radiol* 1979; 8: 42-4
7. Waldron J, Van Hasselt CA, Skinner DW, Arnold M. Tuberculosis of the nasopharynx: clinicopathological features. *Clin Otolaryngol* 1992; 17: 57-9
8. Waldman SR, Levine HL, Sebek BA, Parker W Tucker HM. Nasal tuberculosis a forgotten entity. *Laryngoscope* 1981; 91: 11-6
9. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Winkelmann RK. *Dermatology*. 3rd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1984: 137
10. James DG, Barter S, Jash D, MacKinnon DM, Carstairs LS. Sarkoidosis of the upper respiratory tract. *J Laryngol Otol* 1982; 96: 711-8
11. Busuttill A. Granulomas in nasal polyps. *J Laryngol Otol* 1975; 89: 1087-94