

## ORAL KAVİTE TÜBERKÜLOZU: BİR OLGU SUNUMU

### ORAL CAVITY TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

Ahmet BİRCAN<sup>1</sup> İlkey YILMAZER<sup>1</sup> Özkan KILIÇ<sup>2</sup> Faika BÜYÜKVANLI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Gülkent Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Isparta

<sup>3</sup>Verem Savaş Dispanseri, Isparta

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz, dudak, oral kavite

**Key words:** Tuberculosis, lip, oral cavity

Geliş tarihi: 20 / 07 / 2010

Kabul tarihi: 21 / 11 / 2010

#### ÖZET

Kutanöz tüberkülozun oldukça nadir bir formu olan orifisiyal tüberküloz, kutanöz tüberküloz olguları arasında % 2, tüberküloza ait tüm klinik formlar arasında ise %0.1 ile %1 oranında görülür. Primer oral tüberküloz lezyonları bölgesel lenfadenopati ile birlikte ağrısız ülserler şeklinde ve gençlerde meydana gelirken, sekonder formlar her yaşta görülebilir ve genellikle de akciğer tüberkülozu ile birlikte dir. Burada 3 yıldır alt dudağındaki iyileşmeyen ülsere lezyona tanı konamamış 29 yaşındaki erkek hastadaki miliyer yayılım gösteren akciğer tüberkülozu ve sekonder oral kavite tüberkülozu güncel literatür eşliğinde sunulmuştur. Sonuç olarak, iyileşmeyen oral lezyonların ayırıcı tanısında oral kavite tüberkülozu akılda tutulmalı ve altta yatan bir akciğer tüberkülozunun varlığı araştırılmalıdır.

#### GİRİŞ

Tüberküloz Mycobacterium tuberculosis'in neden olduğu granülomatöz bir hastalık olup, tüm olguların yaklaşık %10-15'i akciğer dışı tüberküloz olgularıdır. Kutanöz tüberkülozun oldukça nadir bir formu olan orifisiyal tüberküloz, kutanöz tb olgularının % 2'sini, tüberküloza ait tüm klinik formlarının %0.1-

#### SUMMARY

Orificial tuberculosis, a rare form of cutaneous tuberculosis, represents 2% of cutaneous tuberculosis and 0.1-1% of all clinical forms of tuberculosis. The primary form of oral tuberculosis presents as painless ulcer with regional lymphadenopathy at young patients whereas the secondary form occurs at every age and frequently presents with pulmonary tuberculosis. Here, a secondary form of oral cavity tuberculosis in association with miliary spread from pulmonary tuberculosis a 29 years old man had a non-healing ulcer on his lower lip which was not diagnosed for three years is presented in the view of literature. As a conclusion, oral cavity tuberculosis should be kept in mind in the differential diagnosis of non-healing oral lesions and the presence of pulmonary tuberculosis should be screened in such cases.

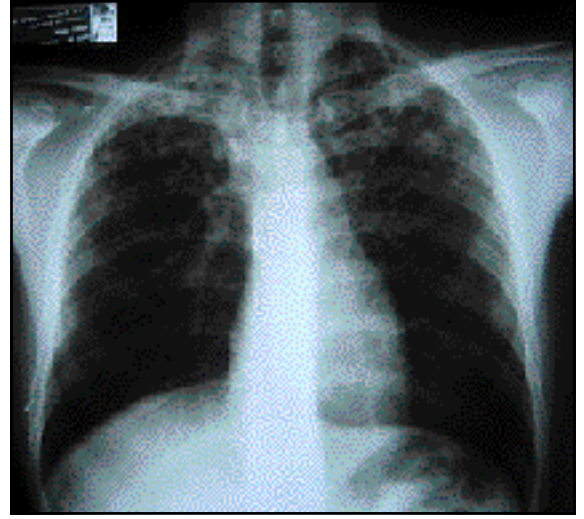
1'ni oluşturur (1-4). Primer oral kavite tüberkülozunda infeksiyonun başlangıç bölgesi ağızdır ve bölgesel lenfadenopati ile birlikte ağrısız ülserler şeklinde daha çok gençlerde meydana gelir. Sekonder formlar ise her yaşta görülebilir ve genellikle akciğer tüberkülozuna sekonder otoinokülasyonun bir sonucu olarak oluşur (5). Oral kavite tüber-

külozunda en çok etkilenen yapı dil olmakla beraber, daha nadir olarak diş etleri, dudaklar, tonsiller, uvula, yumuşak ve sert damak tutulumları bildirilmiştir (5-9). Burada 3 yıldır dudaktaki ülserle lezyona tanı konulamamış miliyer yayılımın saptandığı bir oral kavite tüberküloz olgusu sunulmaktadır.

### OLGU

Yirmi dokuz yaşında çobanlık yapan erkek hasta, 3 yıldır alt dudağında giderek büyüyen ve ülserleşen ağrılı şişlik ve son 1 yıldır eklenen halsizlik, zayıflama ve gece terlemesi yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın hiçbir pulmoner yakınması yok idi. Sigara ve alkol kullanmayan hastanın, başka bir hastalık veya tüberkülozlu bir hasta ile temas öyküsü yoktu. Başvurusundan önce dudağındaki lezyondan birkaç kez biyopsi yapıldığını ve nonkazeifiye granülomatöz iltihap olarak rapor edildiğini ve reçete edilen lokal pomadlar ve antibiyotiklerden hastanın fayda görmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde alt dudağın sağ dış kısmında yaklaşık 2x1,5 cm boyutlarında, ağrılı şişlik oluşturan, üzerinde seröz akıntı bulunan, kenarları düzensiz ve normal dokudan ka-

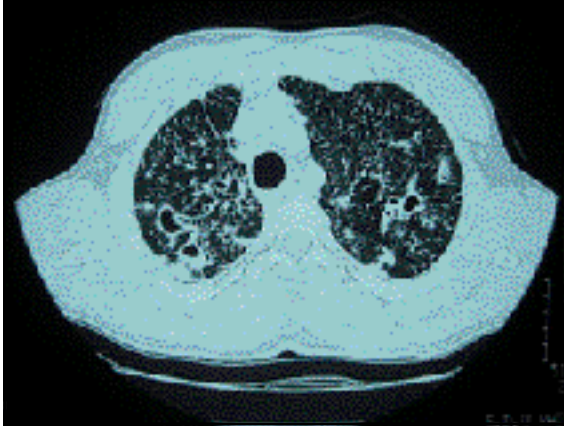
barık ülserle bir lezyon görüldü (Resim 1A). Ağız sağlığı bozuk olan hastada bölgesel lenf bezi büyüklüğü saptanmadı. Solunum sistemi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Hasta tetkik aşamasında iken, bir hafta içinde ağız içinde bukkal mukozada ve damak sağ yarısında, hastanın da yeni geliştiğini belirttiği sarı-beyaz renkte plaklar tespit edildi (Resim 1B). Rutin biyokimya ve hemogram tetkikleri normal sınırlarda saptandı. ESH: 44 mm/s ve Plt: 494.000/mm<sup>3</sup>



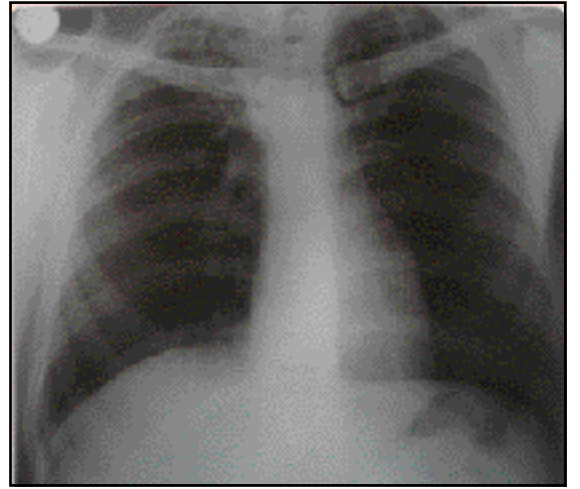
**Resim 2.** Olgunun tedavi öncesi akciğer grafisi.



**Resim 1A-B.** Alt dudak sağ yarısında ağız köşesine kadar devam eden düzensiz kenarlı ülser (1A) ve damakta üzeri sarı-beyaz renkli eksüda ile kaplı lezyon(1B).



**Resim 3A-B.** Tedavi öncesi akciğer YÇBT'de her iki akciğer üst loblarında kaviter lezyonlar ve difüz miliyer patern.



**Resim 4A-B.** Tedavi sonunda olgunun dudagındaki (4A) ve akciğer grafisindeki (4B) lezyonlarda belirgin düzelmeler görülüyor.

Anti-HIV negatif olarak bulundu. Çekilen akciğer grafisinde iki taraflı üst zonlarda belirgin kaviterlerin eşlik ettiği mikronodüler infiltrasyon saptandı (Resim 2). Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) bilateral üst loblarda çok sayıda kaviterler ile akciğer parankimine diffüz olarak dağılmış milimetrik milier nodüller görüldü (Resim 3A,B). Hem balgam yaymasında, hem de dudak ve damaktan yapılan sürüntü yaymalarında ARB pozitif olarak saptandı ve daha sonra kültürde tüm ilk sıra

antitüberküloz ilaca duyarlı *Mycobacterium tuberculosis* üredi. Hasta, yeni olgu kabul edilerek izoniazid (300 mg/gün), rifampisin (600 mg/gün), etambutol (1500 mg/gün) ve pirazinamid (2000 mg/gün) tedavisi altına alındı. İkinci aydan sonra izoniazid ve rifampisin ile tedavisi 6 aya tamamlandı. Bu tedavi altında herhangi bir yan etki gözlenmedi ve hastanın yakınmalarında, oral lezyonlarında ve radyolojik bulgularında düzelme sağlandı (Resim 4A,B). Bölge verem savaş dispanseri tarafından yapılan temaslı

muayenesinde dört kişilik ailenin üçünde latent tüberküloz tespit edildi ve tamamı izoniazid (300 mg/gün) ile koruyucu tedavi altına alındı.

### TARTIŞMA

Orifisiyal tüberküloz, ilk kez 19. yüzyılda tüberküloz basilinin keşfinden önce tanımlanmıştır. Aynı hastalığa dilde tüberküloz ülseri, maksilla tüberkülozu ve oral tüberküloz isimleri de verilmiştir (10). Jadassohn tarafından kaleme alınan 1907 yılına ait bir makalede hastalık, akciğer, GIS ve ürogenital reaktivasyonu olan ve sıklıkla immünkompromize hastalardaki postprimer kutanöz tüberkülozun nadir bir formu şeklinde tanımlanmış ve sıklıkla hematogen yayılımla ilişkili olduğu bildirilmiştir (11). Orifisiyal tüberküloz, orofarinks ve anüs gibi dış ortama açılan orifislerde hızla ülserleşen kahverengi papül ile karakterizedir (1,3,10,11).

Oral kavite tüberkülozu oluş şekline göre primer veya sekonder olabilir. Primer form oldukça nadir olup, bölgesel lenfadenopati ile birlikte tek ağrısız ülser şeklinde sıklıkla gençlerde meydana gelir. Daha sık rastlanan sekonder form her yaşta görülebilir, genellikle akciğer tüberkülozu ile birlikte dir. Basil otoinokülasyonu sonucu oluşan bu form genellikle tek, ağrılı ve üzeri eksüda ile kaplı düzensiz kenarlı ülser şeklinde karşımıza çıkar (5). Lenfatik ve hematogen yollarla yayılım da söz konusu olabilir. Submukozada depolanan basiller zamanla çoğalarak üzerindeki mukozayı ülsere ederler. Fizik muayenede bölgesel LAP'nin olmaması, ülserin ağrılı olması ve aynı anda akciğer tüberkülozunun eşlik etmesi hastamızın sekonder oral TB olduğunu destekleyen bulgulardır.

Tüberküloz insidansının fazla görüldüğü toplumlarda bile oral kavite tutulumu oldukça

nadir görülmektedir. Kaviteli bir akciğer tüberkülozu olgusunda ağızdaki basil yoğunluğunun fazla olmasına rağmen oral tüberkülozun nadiren görülmesinde, tükürük salgısının koruyucu etkisinin olduğuna inanılmaktadır (12,13). Ağız içinde saprofitlerin varlığı, çizgili kasların bakteriyal invazyona karşı direnci ve döşeyici epitel tabakanın kalınlığı diğer koruyucu faktörler arasında sayılmaktadır (5,14,15). Bizim olgumuzda olduğu gibi diş eksiklikleri ve kötü ağız hijyeninin yanı sıra travma, kronik inflamasyon, protez dişler ve periodontal hastalıkların ağız mukozasında meydana getirdiği bütünlük kaybı bakterilerin implantasyonu için gerekli faktörlerdir (9).

Oral kavite tüberkülozu herhangi bir lokalizasyonda oluşabilir. En çok etkilenen yapı dil olmakla beraber, daha nadir olarak diş eti, dudak, tonsil, uvula, epiglot, yanak, yumuşak ve sert damak tutulumları bildirilmiştir (5-9,14-19). Olgumuzda ilk başvurusunda sadece dudak tutulumu saptanmış, 1 hafta sonra yanak mukozası ve sert damakta yeni lezyonlar ortaya çıkmıştı. Bilgilerimize göre olgumuz, literatürde günümüze kadar rapor edilmiş 10. dudak tüberkülozu olgusudur. Ancak olgumuzu daha nadir yapan diğer bir özelliği ise YÇBT ile saptanan miliyer yayılımdır. Bilgilerimize göre miliyer yayılım gösteren orifisiyal tüberküloz, orijinal tanımından sonra sadece iki olguda rapor edilmiştir (3,20). Olgumuzdan farklı olarak, bu sunumların birinde 53 yaşında, immünkompromize durumda, akciğer, karaciğer, kemik ve deri tutulumu gözlenen bir hasta, diğerinde ise 62 yaşında HIV negatif Kaposi sarkomu bulunan bir erkek hasta tanımlanmaktadır.

Eng et al, oral tüberküloz tanısı alan 15 olguyu incelediklerinde semptom süresinin bir hafta ile birkaç yıl arasında değiştiğini, tüm hastalardan alınan örneklerde ARB (+) olduğunu ve tüberküloz öyküsüne sahip

sadece 4 hasta olmasına rağmen, 14 hastada aktif akciğer tüberkülozu saptandığını bildirmişlerdir (5). Olgumuzun semptom süresi ise 3 yıl gibi uzun bir süredir. Bu süre içinde toplum sağlığı açısından risk oluşturan hastanın tanından sonra yapılan temaslı muayenelerinde aktif bir hastaya rastlanmasa da, dört kişilik ailenin 3'ünde latent tüberküloz tespit edildi ve tamamı profilaktik tedavi altına alındı.

Ülkemiz gibi TB insidans ve prevelans oranlarının yüksek olduğu toplumlarda sadece semptom ve bulgulara bakarak oral kavite tüberkülozunu diğer kronik ülser oluşturan travma, fungal hastalıklar, sifiliz, sarkoidoz veya skuamöz hücreli karsinom gibi hastalıklardan ayırt etmek mümkün olmayabilir. Kliniğimize başvurusundan önce yapı-

lan dudak biyopsisinin nonkazeifiye granülo-matöz iltihap olarak raporlanması üzerine hasta sarkoidoz ön tanısı ile kliniğimize konsülte edildi. Ancak tüberküloz lezyonlarından alınan biyopsilerde her zaman kazeifikasyon nekrozu saptanamamaktadır (16). Bu tür olgularda alınan dokuların tüberküloz yönünden yapılan kültürlerinde etkenin gösterilmesi/üretilmesi ile tanı konabilir.

Sonuç olarak, iyileşmeyen oral lezyonların ayırıcı tanısında, oldukça nadir olmasına rağmen oral kavite tüberkülozu akılda tutulmalı, altta yatan bir akciğer tüberkülozunun varlığı herhangi bir bulgu ve semptom olmasa bile araştırılarak kesin tanı için bakteriyolojik ve patolojik incelemelere başvurulmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Ichihashi K, Katoh N, Takenaka H, Kishimoto S. Orificial tuberculosis presenting as a refractory perianal ulcer. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 331-2.
2. Zouhair K, Akhdari N, Nejiam F, Ouazzani T, Lakhdar H. Cutaneous tuberculosis in Morocco. *Int J Infect Dis* 2007; 11: 209-12.
3. Chen YJ, Shieh PP, Shen JL. Orificial tuberculosis and Kaposi's sarcoma in an HIV-negative individual. *Clin Exp Dermatol* 2000; 25: 393-7.
4. Ilyas SE, Chen FF, Hodgson TA, Speight PM, Lacey CJ, Porter SR. Labial tuberculosis: a unique cause of lip swelling complicating HIV infection. *HIV Med* 2002; 3: 283-6.
5. Eng HL, Lu SY, Yang CH. Oral tuberculosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81: 415-20.
6. Köksal D, Acıcan T, Kanat F, Durmaz G. Tuberculous ulcer of the tongue secondary to pulmonary tuberculosis. *Aust NZJ Med* 2000; 30: 518-9.
7. Jaward J, EL Znebi F. Primary lingual tuberculosis: A case report. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 1778-80.
8. Murray A, Gardiner DS, McGuinness RJ. Primary mycobacterial infection of the uvula. *J Laryngol Otol* 1998; 112: 1183-5.
9. Perrotti V, Petrone G, Rubini C, Fioroni M, Piattelli A. Tuberculosis cutis of buccal mucosa. *J Otolaryngol* 2005; 34: 274-6.
10. Tüzün Y, Maraşlıoğlu T. Orifisyel tüberküloz. *Dermatose*; 2006; 5: 209-12.
11. Jadassohn J. Tuberculosis ulcerosa miliaris (tuberculosis propria cutis et mucosae). In: Mracek F, ed. *Handbuch der Hautkrankheiten*. Vol- IV. Vienna: Alfred Hölder Buchverlag, 1907. p.239-47.
12. Wolff K. Mycobacterial diseases. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen FK, eds. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill, 1979. p.1473-92.
13. Prada JL, Kindelan JM, Villanueva JL, Jurado R, Sánchez-Guijo P, Torre-Cisneros J. Tuberculosis of the tongue in two immunocompetent patients (letter). *Clin Infect Dis* 1994; 19: 200-2.
14. Turbiner S, Giunta J, Maloney PL. Orificial tuberculosis of the lip. *J Oral Surg* 1975; 33: 443-7.

15. Yigit O, Cinar U, Uslu Coşkun B, Başak T. Tuberculous ulcer of the tongue: a case report. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2004; 13: 98-101.
16. Gamble EA, Davison AG. Chronic lip ulceration in association with an abnormal chest radiograph. Respiration 1999; 66: 477-8.
17. Dixit R, Sharma S, Nuwal P. Tuberculosis of oral cavity. Indian J Tuberc 2008; 55: 51-3.
18. Erbaycu AE, Taymaz Z, Tuksavul F, Afrashi A, Güçlü SZ. What happens when oral tuberculosis is not treated? Monaldi Arch Chest Dis 2007; 67: 116-8.
19. Kiliç A, Gül U, Gönül M, Soylu S, Cakmak SK, Demiriz M. Orificial tuberculosis of the lip: a case report and review of the literature. Int J Dermatol 2009; 48: 178-80.
20. Nachbar F, Classen V, Nachbar T, Meurer M, Schirren CG, Degitz K. Orificial tuberculosis: detection by polymerase chain reaction. Br J Dermatol 1996; 135: 106-9.

---

**Yazışma Adresi:**

Dr. Ahmet BİRCAN  
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ISPARTA  
e-posta: ahbircan@yahoo.com

---