

Genital Ülser

Sedat ÖZÇELİK, Melih AKYOL

Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Sivas

Genital ülselerin, dermatologların karşılaştıklarından daha sık olduğunu kanısını taşıyorum. Bunda gelenekler ve göreneklerimizle etkisiyle birçok hastanın hekime başvurmadan kaçındığı gibi diğer disiplinlerin de konuyla ilgili olmasının rolü vardır. Ülkemizde genital ülseler sıklığı hakkında yeterli bilgi yoktur, bildirim zorunlu olanlarda bile sistemin iyi işlediğini söylemek zordur. Genital bölgede rastladığımız ülseler çoğunlukla bu bölgeye yerleşen hastalıklara bağlı olarak geliştiği gibi sistemik hastalıkların genital bölgede de oluşan lezyonları şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Toplumdaki genel kanının tersine genital ülselerin büyük bir çoğunluğu cinsel ilişki ile oluşan hastalık değildir.

Genital ülselerin ayırıcı tanısında klinik görünüm çok önemlidir. Tanı koyabilmek için ülserin özellikleri dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli, özellikleri not edilmelidir. Ülserin yerleşim yeri, sayısı; ülser kenarı, ülser tabanı, ülser çevresindeki derinin özellikleri; ülserin ve çevresindeki derinin rengi; lenf bezlerinin varlığı ve özellikleri yol gösterici olacaktır.

Kenar özellikleri: Tüberküloz ülselerinde kenarlar keskin sınırlı değildir; kenarlar parçalanmış (deşiköte), altları oyuk (dekole). Ulkus mollede de kenarlar dekoledir. Gomlarda zumba ile delinmiş gibidir. Malignensilerde kenarlar sert, zeminden kalkık, inci taneleri (brole-rolle) görünümündedir.

Sayı: Çok sayıda olması gom oluşumuna bağlı ülseleri, ve otoinokülasyonu düşündürür.

Ülser tabanı: Palpasyonla malignensilerde ülser tabanı sert (indüre) ve zemine bağlıdır (infiltrate); sifiliz ülseri de serttir, ulkus mollede sertlik hissedilmez. Klinik görünümde sifiliz şankrında taban düz ve muntazamdır, ulkus mollede pürtüklüdür.

Ülser derinliği: Yüzeysel, derin ve çok derin ülseler belirlenmelidir. Sifiliz ülseri yüzeysel, ulkus molle ülseri derin görünümündedir

Ülser yüzeyi: Dokunmakla kolay parçalanabilir, nekrotik ve kanamalı olması daha çok malignensi lehinedir. Ülser yüzeyi ve eksüdanın rengi önemlidir.

Çevresindeki deri: Ekzematöz görünüm varikoz ülseleri; kuru hiperkeratotik plaklar, lökoplaki-bovenoid görünüm malignensileri; parlak kırmızısı renk likenoid

lezyonları; lam ile bastırılınca (vitrepresyon) elma jölesi renk (lupoid) tüberkülozu; sinüsler, fistüller, skarlar derin mikoz ve tüberküloz ülselerini düşündürür.

Bölgesel lenf bezlerinin özellikleri: Sertliği-yumuşaklığı, sayısı fikse olup olmadığı, palpasyonla ağırlı özellikleri tanıda yardımcı olur

Genital bölgede rastladığımız ülseleri seyirlerine ve etyolojilerine göre sınıflandırma yaparak anlatmak daha anlaşılır olacaktır. Öncelikle akut, genital ve rekürren olarak üç ana başlıkta gruplandırılacak alt başlıklarda etyolojiye göre ayrılacaktır.

Yandaki tabloda ülselerin sınıflandırılması verilmektedir. Listedeki hastalıklardan ayrıca bahsedilecektir. Burada sayılanlar dışında başka birçok hastalıkta da genital ülser oluşabileceği unutulmamalıdır.

Akut Genital Ülseler

İnfektif ülser

İnfektif Ülser-Veneriyen

Bu gruptaki hastalıklarda bulaşma genellikle cinsel ilişki yoluyla oluşmaktadır

Sifiliz

Etken Treponema pallidum'dur. Dünyanın her tarafında erkeklerde daha fazla olmak üzere her iki cinste görülür. Klinik olarak fazlara ayrılır.

Edinsel sifiliz:

Erken sifiliz

- Pirimer sifiliz (1. dönem)
- Sekonder sifiliz (2. dönem)
- Erken latent sifiliz

Geç sifiliz

- Geç latent sifiliz
- Tersiyer sifiliz (3. dönem)

Genital ülser: Sifilize bağlı ülser primer sifilizde görülen şankr sifilitik daha az olarak sekonder sifilizde, sifiliz papüloza erosiva, nadiren de tersiyer sifilizde genital bölge yerleşimli gom görülebilir.

Şankr sifilitik: Genellikle üç haftalık bir inkübasyon süresinin sonunda primer sifilizde görülür. Kuluçka döneminin sonunda kırmızı renkli bir makül olarak başlar bir hafta içinde önce papül daha sonra erode olarak ülser meydana gelir. Kenarları kalkık değildir. Palpasyonla ülser zemini sert olarak algılanır (indüre ve infiltrate taban). Cila gibi parlak et rengi görünümündedir. Büyüklük 0.5-3cm arasındadır. Hastanın subjektif şikayeti yoktur (ağrısız). Genellikle tek lezyondur. Sikatris bırakmadan iyi olur. Yerleşim yerleri; erkeklerde prepsiyum, koronal sulkus, penis gövdesidir. Kadınlarda serviks, vulva, vajina ve klitoristir. Lezyonda bol miktarda spiroket bulunur. Şankrın başlangıcından ortalama bir hafta sonra lenf bezlerinde büyüme başlar; ingüinal bölgede iki taraflı; tek tek, tesbih tanesi gibi sırayla dizilmiş; düzgün konturlu, mobil lenf adenopati bulunur.

Sifiliz papüloza eroziva: Sifiliz ikinci dönem papüler lezyonları genital bölgeye yerleşebilir. Üzerinde erozyon gelişebilir. Lezyonda bol miktarda spiroket bulunur. Papüller hipertrofik, vejetan olabilir (Kondiloma lata). Bu lezyonlarda maserasyon sonucu erozyon-ülser gelişebilir.

Gom: Nadiren görülür. Çok sayıda olabilir, vücudun diğer bölümlerinde de benzer lezyonlar görülür. Zimba ile delinmiş gibi görünümlü ülserler olur. Hipopigmente atrofik sikatrisle iyileşirler

Tanı: Mikroskopik inceleme ve serolojik testlerle konur. Mikroskopik yöntemde yara yeri sürüntüsünde Karanlık Saha Mikroskopi Yöntemi ile treponemalar gösterilebilir. Tarama testleri olarak VDRL (Veneral Disease Research Laboratory), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination test), doğrulama için FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption test) kullanılır.

Tedavi: Erken sifiliz tedavisinde tek doz 2.4 MU benzatin penisilin, yürürlükteki yönetmeliğe göre haftada bir olmak üzere 2 kez 2.4 MU benzatin penisilin önerilmektedir.

Ulkus Molle-Şankroid

Etken Haemophilus ducreyi'dir. Erkeklerde daha sık görülür. Bulaşma cinsel temaslardır.

İnkübasyon dönemi iki-üç gündür. Başlangıçta çevresi eritemli papül olarak gelişir daha sonra püstüle dönüşür. Ülserin kenarları düzensizdir, altları oyuktur (dekole). Ülser derinleşme eğilimindedir. Büyüklük 0.3-5cm arasındadır. Ülser sayısı bir bazen çok sayıda olabilir; otoinokülasyon nedeni ile çevrede küçük ülserler oluşur. Çevresinde dar bir eritemli alan vardır. Palpasyonla yumuşaktır, kolay kanar, hassas ve ağrılıdır. Erkeklerde prepsiyum, frenulum, koronal sulkus, glans penis ve penis gövdesinde; kadınlarda labium majuslar birleşim yerinde, labia, vestibül, klitoris serviks ve perianal bölgede yerleşir.

Tablo 1: Genital ülserlerin sınıflandırılması

| GENİTAL ÜLSER | | |
|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Akut Genital Ülser | Kronik genital ülser | Rekürren genital ülser |
| İnfektif ülser | Büllöz hastalıklar | Behçet hastalığı |
| İnfektif ülser-Veneriyen | Ülsere liken planus | Rekürrent eritem polimorf |
| Sifiliz | Liken skleroatrofik | Fiks (büllöz) ilaç erüpsiyonu |
| Şankroid-ulkus molle | Malign ülserler | Lipschutz ülseri |
| Lengranulama venerum | | Sutton ülseri |
| Granuloma inguinale | | Rekürrent herpes simpleks |
| Gonore | | |
| Reiter sendromu | | |
| İnfektif ülser, non-veneriyen | | |
| Tüberküloz | | |
| Thypoid | | |
| Brucella | | |
| Streptokoklara bağlı | | |
| Psodomonas aeruginosa | | |
| Herpes enfeksiyonları | | |
| El-ayak-ağız hastalığı | | |
| Non infektif ülser | | |
| Eritem polimorf | | |
| Artefakt | | |
| Büllöz ilaç erüpsiyonları | | |

Ülserin gelişmesinden sonra günler-haftalar (7-21gün) sonra tek taraflı veya çift taraflı lenf bezleri tutulur. Yumuşak, ağrılı, tabana yapışıktır. Büyüyen bu lenf bezlerinin yarısında abse gelişimi olur (Bubo-Bubon-Bubonulos) kendiliğinden direne olur ve süpürasyon görülür.

Tanı için yara yerinden veya bubondan aspire edilen materyal gram veya Giemsa ile boyanarak balık sürüsü şeklinde kısa çomakçıklardan ibaret bakterilerin görülmesi ile konur. Kesin tanı Haemophilus ducreyi'nin izole edilmesiyle konmaktadır.

Tedavi: Tedavide trimetoprim-sulfametoksazol 160/800 mg kombinasyonu günde iki kez 7 gün süreyle kullanılmaktadır. Eritromisin, tetrasiklin, amoksisilin-klavulanik asit, seftriakson kullanılabilir. Yanıt 3 gün içerisinde ülser iyileşmeye başlamasıyla olur.

Lenfogradüloz Venerum

Durand-Nicolalas-Favre hastalığı olarak da bilinir. Etken zorunlu bir hücre içi bakterisi olan Chlamydia trachomatis'in L1, L2, L3 serotipleridir. Cinsel ilişki yoluyla bulaşır.

Asya güneyi, Afrika, Güney Amerikada siktir. Gelişmiş ülkelerde az olmasına karşın son yıllarda Avrupa ve Kuzey Amerika'da artma vardır. Homoseksüel erkeklerde HIV enfekte olanlarda siktir. En sık 20-40 arasında görülür Kadınlarda asemptomatik seyrederek, rezervuar görevi görür.

İnkübasyon süresi 3-30 gündür. Hastalığın üç evresi vardır: Primer, sekonder, tersiyer.

1.dönem (Primer): Akut LGV öncelikle bir papül olarak başlar, vezikül arkasından ülser gelişir. Bazen yüzeysel erozyonlar, herpetiform ülser şeklinde de görülebilir. Ülserler düz, grimsi renkte görünümüne ve akıntılıdır. Akut LGV de peniste lenfanjit gibi başlayabilir. Lenfanjial nodüller rüptüre olur, ülser, sinüs, fistül, skar gelişimi olabilir. Skar peniste deformiteye yol açabilir. Ülserler erkeklerde glans, prepisyum, koronal sulkusta ve uretra ön bölümünde; kadınlarda serviks, vajina ve labiumlarda görülür.

2. dönem (Sekonder): Septik temastan 2-6 hafta sonra ingüinal lenfadenopati gelişir. Olguların 2/3 ünde tek taraflıdır. Poupert bağı ile ikiye ayrılmış görülebilir (kanal belirtisi-Groove belirtisi). Fluktuasyon ve süpürasyon sonrası çok sayıda ülser ve fistüller gelişir. İyileşen lezyonlarda serebriform skatris gelişir.

3.dönem (Tersiyer): Ano-genito-rektal sendrom. Aylar yıllar sonra gelişir. Anal ilişkide bulunanlarda daha çok görülür. Lenf damarlarının tıkanması genital bölgenin elenfantiyazisine neden olur, üzerinde ülserler gelişebilir. Perirektal abse, anal rektovajinal fistüller oluşur.

Tanı: Frei testi günümüzde kullanılmamaktadır. Etken boyamayla gösterilemez. Chlamydia trachomatis'e karşı gelişen antikorların gösterilmesiyle konur. Klamidiyanın izolasyonu ve klamidyaya spesifik DNA gösterilmesi ile konur.

Tedavi: Trimetoprim sulfametoksazole 160/800 mg, günde iki kez oral, üç hafta; doxycycline 100 mg günde iki kez oral üç hafta olarak verilir.

Granuloma İngüinale

Etken Calymmatobacterium granulomatis dir. Hücre içi, gram negatif çubuktur. Genç erkekler, seksüel aktif dönemde görülür. Tropikal, subtropikal bölgelerde siktir. ABD ve Avrupada az görülür. İnkübasyon dönemi 8-80 gün ortalama 30 gündür.

Klinik: İnkübasyon yerinde nodül papül gelişimi takiben 2-3 gün içinde ülserleşebilir. Ülser sınırları keskin ve düzensiz olabilir. Ülser tabanı et renginde granülasyon dokusu görülür. Otonokülasyonla yayılarak yeni lezyonlar meydana gelir. Normalde ağrısız veya hafif ağrılı olarak başlayan ülser lezyonlar süper enfeksiyonlarla pürülan karakter alır, kötü kokar ve ağrılı olur. Kolay kanar. Erkeklerde penis gövdesinde prepisyumda skrotumda yerleşir. Kadınlarda labia minör, mons venerisde, labium majusların arka tarafında yerleşir.

Tanı anamnez ve klinik görünümle konulabilir. Kültürü zordur, besi yerlerinde kültürü yapılamamaktadır ve uygun serolojik testi yoktur. Yara yeri sürüntüsünün Giemsa veya Wright ile boyanmasıyla Donovan cisimcikleri gösterilebilir.

Tedavi: Azitromisin 1gr. tek doz, haftada bir, üç hafta; doksisisiklin 100mg, günde iki kez, 21 gün; eritromisin 500mg, günde dört kez 21 gün süreyle verilir.

Gonore

Seksüel temasla geçen sık görülen bakteriyel bir enfeksiyondur. Etken gram-negatif diplokok Neisseria gonorrhoeae'dir. İnkübasyon dönemi hayli değişken olup 1-7 gün arasındadır, iki haftaya kadar uzayabilir. Genellikle lokalize mukozal enfeksiyona neden olur. Bazen ürogenital trakta yayılır, sepsise neden olabilir. Erkeklerde uretrit nedeniyle sabahları görülen Bonjour (Bonjour) damlası, günaydın işareti (good morning sign) neden olur. Kadınlarda serviks ve servikal kanal tutulur. İdrarda yanma sık görülür. Endometriyal tutulum sonucu vajinal kanamaya neden olabilir.

Gonorede ülserler görülebilir. Ülserler çoğunlukla mukozal - yarı mukozal bölgede ve çok sayıda olabilir. Düzensiz kenarlı, üzeri nekrotik materyelle kaplı ülserler görülür. Eşlik eden sifiliz veya diğer bakterilerde ülser neden olur.

Tanı: Bakterinin direkt mikroskopide görülmesi ve kültürde üretilmesi ile konur. Serolojik testi yoktur. DNA immünofloresans ve Eliza testleri diğerlerinden üstün değildir.

Tedavi: Cefixime 400mg., tek doz, oral; ceftriaxone 250mg., İM tek doz; ofloxacin 400mg., tek doz, oral uygulanır.

Reiter's sendromu

Reiter's sendromu atrit, konjoktivit ve uretrit ile karakterize değişken enfeksiyonların başlattığı bir sendromdur.

Hastalığın kesin nedeni bilinmemektedir. Seronegatif spondil artritisi, el ve ayaklarda psoriasis benzeri hiperkeratotik lezyonlar (Keratoderma blenorrhagicum). Peniste sirsine balanitis, üzerlerinde hiperkeratoz, yüzeysel erozyon ve ülser gelişebilir.

Tanı: Çoğunlukla klinik olarak konur. Histopatolojisi psoriasize benzer. HLA-B27 pozitifdir.

Tedavi: Tedavide hastada üretrit olması ve herhangi bir bakteri izole edilmişse ona yönelik tedavi verilir. Antienflamatuar ilaçlar, ve metotreksat kullanılır.

İnfektif Ülser-non Veneriyen

Herpes simpleks enfeksiyonu (HSV)

HSV nöro ve epidermotrofikdir. Çok değişik hastalık tablolarına neden olur. İki tipi vardır: HSV1 genellikle bel bölgesi üzerinde, dudaklarda, oral mukaza baş ve boyunda; HSV2 genellikle bel altı bölgede, genital alanlarda ülsere hastalıklara neden olur.

HSV bağlı genital enfeksiyonlarda son yıllarda büyük artış vardır.

Genital ülser: Primer herpesde inkübasyon süresi 3-7 gündür. İlk bulgular eritemli zeminde grup halinde veziküler görünümüne tipik herpes lezyonları şeklindedir. Veziküllerin bir araya gelmesi ve erode olmasıyla yüzeysel ülserasyonlar gelişir. Genital bölgede bu ülsere lezyonlar son derece ağrılıdır. Erkeklerde en çok glans, prepiyum ve penis gövdesi; kadınlarda labiumlar, vulva perine vajen ve serviks mukozası en çok tutulan yerlerdir. Ateş, halsizlik gibi sistemik bulgular olabilir. Bölgesel lenfadenopati gelişebilir. Primer herpes enfeksiyonu 2-6 hafta sürebilir. Sikatris bırakmadan iyileşir. Primer atağın iyileşmesinden sonra virus latent olarak kalır, rekürren herpes enfeksiyonlarına neden olur.

Tedavide antiviral ajanlardan asiklovir (5x200mg., 5-10 gün); valasiklovir (2x1000g 5-10gün); famsiklovir (3X250mg 5-10 gün) kullanılabilir.

El-ayak ağız hastalığı

Etken Coxsackievirus A10, 16, Enterovirus 71 dir. Inkübasyon süresi 5-8 gündür. Genelde mukozal el ve ayaklarda veziküllerle seyreden bir hastalıktır. Genellikle çocuklarda(2-10 yaş arası) görülür.

Nadiren genital bölgede ülsere neden olur. Bebek bezi kullanan çocuklarda daha sık görülür. Eritemli zeminde makül ve papül şeklinde başlayan lezyonlardan vezikül gelişir. Bunların erode olmasıyla erozyonlar görülür. Lezyonlar ağrılıdır. Bu lezyonlara diğer bölgedeki lezyonlar eşlik eder.

Tanı: Elisa yöntemi (spesifik IgG) ve PCR yöntemiyle virüsün tespiti gerekir.

Tedavi: Kendiliğinden iyileşir.

Tüberküloz

Etken Mycobacterium tuberculosis'tir.

Deri tüberkülozu tüm dünyada azalmaktadır. Genital bölge primer tüberküloz çok nadir görülmektedir. Penis ve vulvada primer deri tüberkülozu görülebilmektedir. Genellikle partnerlerden bulaşmakta, nadiren sünnet gibi farklı yollarla olabilmektedir. Sekonder tüberküloz genito-üriner sistem tüberkülozlarına bağlı gelişebildiği gibi akciğer tüberkülozu hematogen yayılımla da geçmektedir. Vulvada yerleştiğinde yüzeysel ülserler, sinüs traktüsleri ve skar dokusu ile karakterizedir. Peniste kavernosit, subkutan nodül, şankır benzeri ülser, lupus vulgaris, komple penis destrüksiyonu, orifisyel tüberküloz şeklinde görülebilir. Bölgesel lenf bezlerinde büyüme görülür.

Skrofuloderma (Tuberculosis cutis collquativa, tuberculoid gumma). Genital bölgede görülebilir. Tüberküloz lenfadenit, kemik veya diğer doku tüberküloz deriye yayılmasıyla olur. İnflame, flüktan nodülün likefaksiyon nekrozu gelişmesiyle deriye yayılır. Sinüsler, traktüsler gelişir. Yeni nodüller ve sikatris gelişimiyle devam eder. Çevredeki deride kahve-kırmızı renkli lupus vulgaris eşlik edebilir.

Tanı: Ülser zemininden basilin gösterilmesi, pozitif kültür, deri testi, radyolojik muayene ve histopatolojiyle konur.

Tedavi: Genel tüberküloz tedavi yöntemleri ile tedavi edilir.

Nekrotik ve gangrenöz lezyonlar

Bir çok gangrenöz ve nekrotik seyreden hastalık genital alanı perineyi, penis, skrotum ve vulvayı tutabilir. Geniş ülserasyonlar gelişebilir.

Cerrahi bir müdahale veya travmaların arkasından gelişebilir; genellikle de cerrahi müdahale gerektirir. Erken tanı çok önemlidir. Bu grup hastalıklar değişik başlıklar altında verilebilir:

1. Clostridial ve non- clostridial gangren
2. Streptococcal selülitis
3. Sinerjistik nekrotizan selülitis
4. Nekrotizan fasiitis
5. Meleney progresif bakteriyel sinerjistik gangren
6. Sinerjistik gangren
7. Fournier gangren

Çoğunlukla orta ve ileri yaşta görülür, diabetiklerde daha siktir. Gençlerde sünnetin ve diğer travmaların arkasından oluşabilir.

Ağrılı başlar, gittikçe şiddetlenir. Genel durum bozular. Skrotum, labiumlarda siyah görünüm kötü seyrin habercisidir. Fasiitis, myositis gelişebilir.

Tanı: Ülser yeri sürüntüleri ile etken tespit edilmelidir.

Tedavi. Erken tanı ve agresif tedavi hayati öneme sahiptir. Cerrahi müdahale, uygun antibiyotik tedavisi gerekir.

Non infektif ülser

Artefakta bağlı ülser: Erkeklerde ve kadınlarda görülebilir. Yabancı cisim kullanılmasına veya seksüel travmaya bağlı gelişebilir. Artefakt olup olmadığına hekim karar verebilir. Yaşlılarda, papaplejik hastalarda kateter vb uygulamalarına bağlı ülser oluşabilir.

Kadınlarda spekuluma veya kullanılan dezenfektana bağlı vulvada ülser olabilir (kuaterner amonyum solusyonlarına bağlı).

Eritema multiforme

Eritema multiforme ve ağır bir varyantı olan Stevens-Johnson sendromunda penisde, skrotumda; vulvada, vajende büllerin rüptüre olmasıyla ülserasyonlar görülebilir.

Kronik Genital Ülser

Genital bölgede görülen kronik ülserlerde başka bir hastalık tanısı konuncaya kadar kanser düşünülmelidir. Ülserlerin karakterleri farklı olabilir. Ülserler atrofik mukoza üzerinde veya lökoplaki üzerinde olabildiği gibi normal görünümlü deri üzerinde görülebilir. Birçok bakteriyel enfeksiyon kronik enfeksiyona neden olabildiği gibi aktinomikoz ve diğer derin mikozlarda kronik ülserasyonlara neden olabilir.

Birçok büllöz hastalıkta genital bölgeye yerleşir. Büllerin kısa sürede rüptüre olup erode-ülser lezyonlarının gelişmesine neden olur. Lezyonlardan biyopsi alınarak histopatolojik ve immünfloresans yöntemlerle tanı konulmalıdır.

Pemfigus Vulgaris

Mukoza ve deride büllerle karakterize otoimmün büllöz bir hastalıktır. Keratinosit yüzeyindeki desmogleine karşı antikor gelişmektedir. Genellikle oral mukoza tutulmakta ise de diğer mukozal bölgelerde tutulur. Vulva, vajen, serviks, anal mukoza ve genital bölgede deri tutulabilir. İnisiyal vajen, serviks tutulumu nadirdir, genellikle oral mukoza ve yaygın deri tutulumu olan pemfiguslu hastalarda görülmektedir. Büllerin rüptüre olması erozyona ve ülsera neden olur. Ağrılıdır, kendiliğinden geçmez. Travmalar artırır. Pemfigus vejetans genital bölgeye sık yerleşir. Vejetasyonlar görülür. Disparoni gelişebilir.

Tanı: Yara yeri, servikal sürüntüsünde akantolitik hücrelerin görülmesi, histopatoloji ve immünfloresan yöntemle konur.

Tedavi: Genel olarak pemfigus tedavi edilir. Sistemik kortikosteroidler ve diğer tedavi seçenekleri uygulanır.

Hailey-Hailey hastalığı

Hereditör otosomal dominant geçişli bir hastalıktır. Rekürrent vezikül ve büllerle karakterizedir. 30-40 yaşlarda başlar. Gevşek yapılı vezikül-püstüllerle seyredir. Kolaylıkla rüptüre olur, üzeri kurutlu çevreye doğru genişleyen erozyonlar oluşur. Genital bölge sık tutulur. Ağrılıdır. Sulantı ve pis koku oluşur. Tanı histopatolojik olarak konur. Tedavide topikal kortikosteroid antibakteriyel ve antifungal ajanlar kullanılır.

Sikatriyel pemfigoid

Az görülen mukoza ve deriyi tutan otoimmün büllü bir hastalıktır. Hemidesmosomlara karşı otoantijen gelişmektedir. Konjunktiva, oral mukoza, larinks ve farenks tutulur. Olguların yarısında genital bölge tutulur. Penis, vulva ve vajinada lezyon görülebilir. Tekrarlayan büllerin

arkasından erozyon ülser ve sikatri gelişir. Bu lezyonlar yan yana bulunabilir. Sikatri gelişimi organların yapısını bozabilir.

Eroziv liken planus

Oral mukoza sık olmakla birlikte genital mukozayı tutabilir. Liken planus ile birlikte görülebilir.

Genital bölgede kronik ağrılı ülser şeklindedir. Sikatri gelişir. Erişkinlerde görülür. Parlak kırmızimsı renkte olabilir. Ağrılıdır. Şiddetli kaşıntılı olabilir. Kadınlarda vulvodini gelişebilir. Kadınlarda labia minor iç yüzünde ve vagina girişi en çok yerleştiği bölgelerdir.

Erkeklerde daha az görülür. Peniste glans, prepsiyum, koranal sulkusda yerleşebilir. Skuamöz hücreli kanser gelişebilir (%1-3). Özellikle ülser kenarında kalınlaşma görüldüğünde şüphelenmelidir.

Tanı: Tipik klinik görünüm, anamnez ve histopatolojik incelemeyle konur.

Tedavi: Hastalık inatçıdır. Tedavisi zordur ve uzun süre alır. Topikal kortikosteroidler ve pimekrolimus kullanılır. Hijyene dikkat edilmelidir. Sistemik kortikosteroidler de kullanılabilir.

Liken sklerotrofik (Liken sklerosis at atrofikus)

Liken sklerotrofik'te genital bölge sık tutulur. Kadın genital organlarının tutulması erkeklerden daha sıktır. Orta yaş ve üzerinde görülür. Yıllarca sürer, deride kalınlaşma, ülserasyon ve sikatrislerle uzun yıllar devam eder. Çoğunlukla kaşıntı eşlik eder.

Kadınlarda küçük plak şeklinde olabildiği gibi perine labiumlar, klitoris tutulur ve darlıklara neden olabilir. Vajen iç kısmı tutulmaz. Kanser gelişimi yaklaşık %5'tir.

Erkeklerde daha az görülür. Genelde glansta görülür; balanitis xerotica perstans adı da verilir. Kanser gelişimi nadirdir.

Tanı klinik görünüm ve histopatolojik incelemeyle konur. Tedavide lokal kortikosteroidler ve pimekrolimus kullanılır.

Malign ülserler

Genital bölge kanserleri sık değildir. Nodülo-ülsera seyredenler; skuamöz hücreli kanser, bazal hücreli kanser ve melanomadır. Skuamöz hücreli kanser daha sık görülür.

Kadınlarda vulvada persistan bir nodül olarak başlar, daha sonra ülsera olur, zeminde Bowen hastalığı ve lökoplaki bulunabilir. Kadınlarda görülen malignensilerin %82'si skuamöz hücreli karsinom, %5'i bazal hücreli karsinom ve %5'i melanomadır. Nodül ve plak şeklinde başlayıp ülsera olur. Skuamöz hücreli ve bazal hücreli karsinomlarda kenarları kalkık brole görünümündedir. Palpasyonla sert ve zemine yapışıktır.

Erkeklerde skuamöz hücreli kanser skrotumda daha sık, penisde daha az görülür. Prepsiyuma daha çok yerleşir, sünnelilerde çok azdır. Zeminde eritroplaki, lökoplaki,

kondiloma aküminata bulunabilir. Ülserde vejetasyon görülür.

Rekürren Genital Ülser

Behçet Hastalığı

Genital ülserler içinde ülkemizde en sık rastlanılan Behçet hastalığını bir semptomu olarak görülen genital ülserasyonlarıdır.

Behçet hastalığını ülkemizde prevalansı 8-42/10.000 arasında bildirilmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı 20-40'tur. Erkek-kadın oranı eşittir, ama erkeklerde daha ağır seyredir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genel olarak bir vaskülit olarak kabul edilir.

Genital ülser: Behçet hastalarını %85'inde genital bölgede ülserasyon görülür. Genellikle papül-püstül evresinden geçerek ülserleşir. Ülser zımbayla delinmiş gibidir. Genellikle yüzeysel oval ülser şeklinde olurken az da olsa derin ülser gelişir. Boyutları 0.1-1cm arasında olabilir. Ülser tabanı nekrotik sarımsı bir membranla kaplı olabilir. Ülserler ağrılıdır. Bir veya çok sayıda olabilir. Ülser genellikle 10-30 günde; küçük ülserlerin yarısı, büyük ülserlerin %89'u hipopigmente sikatrile iyileşir. Erkeklerde skrotum ve peniste, kadınlarda genellikle labiumlarda yerleşir. Vajende, istmusda az görülür.

Tanı: Diğer bulguların varlığıyla hastaya klinik olarak Behçet tanısı konur.

Tedavi: Sekonder enfeksiyonlara karşı tedbir alınmalıdır. Kendiliğinden iyileşir. Sistemik ilaçlarla hastalık tedavi edilir.

Lipschultz ülser (Ulkus vulva akutum): Behçet hastalığını bir semptomu olarak da yorumlanmaktadır. Adolesan dönemdeki kızlarda görülmektedir.

Ülser ani başlar, çevresinde kırmızımımsı bir hale olabilir. Üzerinde yapışık membran olabilir. Behçet ülserlerinden daha büyüktür. Ateş eşlik edebilir. Kendiliğinden iyileşmesi mümkündür.

Sutton Ülseri (Periadenitis Mukoza Nekrotika Rekurrent)

Behçet hastalığını bir varyantı olabilir. Genellikle ağız mukozasına yerleşmekle birlikte vulva-vajende de görülebilir.

Ağnı tek lezyondur, tekrarlayabilir. İntralezyoner triamsilon etkili bir tedavi yöntemidir.

Rekürren Herpes Simpleks

HSV2' ye bağlı herpes geçiren hastaların %90'ı, HSV1 bağlı herpes geçirenlerin %55'i primer ataktan sonra bir yıl içerisinde rekürrens geliştirir. Ataklar HSV2'de (yılda 3- 4), HSV1'den (yılda 1-2) daha siktir. Bu ataklar ömür boyu sürebilir. Ataklar daha hafif seyredir. Yüzeysel ülserasyonlara neden olabilir. Ağrılıdır, lenfadenopati gelişir.

Tedavi: Atakların tedavisinde asiklovir; beş gün süreyle 800 mg bölünmüş dozda, valasiklovir;1000mg günlük

bölünmüş dozda verilebilir. Rekürrens sayısını azaltmak için baskılama tedavisi uygulanabilir. Günlük 500-100mg valasklovir verilir.

Fiks (Büllöz) İlaç Erüpsiyonu

Genital bölgede sık görülen erozyonla seyreden, veneren hastalıklarla sık karıştırılan alerjik bir reaksiyondur.

Büllöz fiks ilaç erüpsiyonu ilaç alımından saatler veya 1-2 gün sonra, hep aynı yerde ve ilacın her alınışında tekrarlayan alerjik bir reaksiyondur. Patojenezi tam aydınlanmamıştır. Genital bölge sık tutulur. Erkeklerde daha sık görülür. Keskin sınırlı, livid renkli maküler lezyon şeklinde başlar. Üzerindeki bülün erode olmasıyla yüzeysel ülser gelişir. Büyüklük 01-5cm arasında değişebilir. Genellikle tekdir. Kaşıntı ve yanma şikayeti vardır. Erkeklerde prepisyum ve glans peniste; kadınlarda vulva vajen mukozasında yerleşir. Bölgesel lenf adenopati bulunmaz.

Tanı: Klinik görünüm ve anamnezle histopatolojik inceleme, şüpheli ilaçla yapılan testlerle konur.

Tedavi: Neden olan ilaç alınmamalıdır. Topikal steroidler ve sistemik antihistaminikler kullanılır.

Stevens-Johnson Sendromu

Tekrarlayan eritema multiformenin ağır bir varyantıdır. Etiyolojide ilaçlar, enfeksiyonlar (en çok herpes enfeksiyonları) suçlanmaktadır. İmmunolojik bir reaksiyondur. Geç tip hücrel immün reaksiyon sorumlu tutulmaktadır. Akut başlar, genel bulgular eşlik eder. Ölümcül olabilen ciddi bir sendromdur. Genital bölge sık tutulur. Penis, skrotum, vulva, vajen, mons pubisde büller ve büllerin erode olmasıyla yüzeysel eksülserasyonlar görülür.

Tedavi: Sistemik kortikosteroidler, antihistaminikler kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Champion RH, Burton JL, Breathnach SM: *Textbook of Dermatology*. 6'nci baskı. Oxford, Blackwell Science, 1998.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: *Dermatology*. 2'inci baskı. Berlin, Springer, 2000.
3. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL: *Dermatoloji*. 3'üncü baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
4. Batta K, Munday PE, Tatnall FM: Pemphigus vulgaris localized to the vagina presenting as chronic vaginal discharge. *Br J Dermatol* 1999; 140: 945-7.
5. Arthikeyan K: Recent advances in management of genital ulcer disease and anogenital warts. *Dermatol Ther* 2008; 21: 196-204.
6. Fraley EE, Zang G, Sazama R, Lange PH: *Cancer of the penis prognosis and treatment plans*. *Cancer* 1985; 55: 1618-24.
7. Sah P S, AshokRaj G, Joshi A: Primary tuberculosis of the glans penis. *Australas J Dermatol* 1999; 40: 106-7.
8. Piura B, Rabinovich A, Cohen Y, Friger M, Glezerman M: Squamous cell carcinoma of the vulva in the South of Israel: A Study of 50 cases. *J Surg Oncol* 1998; 67: 174-81.
9. Akhyani M, Chams-Davatchi C, Naraghi Z, Daneshpazhooh M, Toosi S, Asgari M, Malekhami F: Cervicovaginal involvement in