

@
amalian

with the Innovative CIS Technology

- alın çizgileri
- glabellar çizgiler
- kaz ayağı
- nasolabial oluklar
- perioral oluklar
- oral kommissür
- dudaklar (kontur)
- yanaklar (hacim)
- çene çizgisi
- çene (kontur)
- boyun çizgileri



Help your patient turn back time

www.alesta-md.com

Yüksek çapraz bağlı hyaluronik asit ve özgün "core-in-shell" yapısı ile yeni teknoloji dolgu uygulaması



Tinea Kapitis Favosa: Bir Olgu Sunumu

Dr. Esmâ USLU¹, Yard. Doç. Dr. Hakan TURAN¹, Dr. Gizem YAVUZCAN¹, Yard. Doç. Dr. Havva ERDEM², Dr. Feyza BAŞAR²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD
²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD

ÖZET

Tinea Kapitis Favosa: Bir Olgu Sunumu

Tinea kapitis favosa, sıklıkla *Trichophyton schönleini*'ye bağlı olarak gelişen, saçlı derinin nadir görülen, kronik, inflamatuvar bir dermatofitik hastalığıdır. Tedavi edilmezse sikatrissel alopeziye neden olabilir. Genellikle ergenlik öncesinin bir hastalığı olmakla birlikte puberte ve sonrasında da görülebilmektedir. Burada yaklaşık 8 yıldır saçlı deri lezyonları olan, teşhis ve tedavide gecikme nedeniyle sikatrissel alopezi gösteren, 13 yaşında bir kız olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alopezi, favos, *Trichophyton schönleini*

ABSTRACT

Tinea Capitis Favosa: A Case Report

Tinea capitis favosa, developing usually due to *Trichophyton Schönleini*, is a rare, chronic, and inflammatory dermatophytic disease of scalp. It may cause cicatricial alopecia if left untreated. Although usually a disease of childhood, it may be seen on during and after puberty. Here, we describe a 13-year-old female patient who has had scalp lesions for 8 years and developing cicatricial alopecia because of delay in the diagnosis and treatment.

Key Words: : Alopecia, favosa, *Trichophyton schönleini*

Giriş

Tinea kapitis favosa, sıklıkla *Trichophyton schönleini*'ye bağlı olarak gelişen, saçlı derinin kronik, inflamatuvar dermatofitik bir hastalığıdır. Nadiren saçlı deri dışındaki deri bölgelerini ve tırnakları da tutabilir. Genellikle çocukluk çağının bir hastalığı olmakla birlikte nadiren erişkinlerde de görülmektedir. Favusun klasik lezyonları *skutulum* denilen, kükürt sarısı renge, mercimek büyüklüğünde, yuvarlak, konkav şekilli, merkezinde çöküklük bulunan skuam ya da krutlardır. İyileşme genellikle sikatrissel alopezi ile sonuçlanır (1). Burada 13 yaşında sikatrissel alopezi ile başvuran ve yapılan tetkikleri neticesinde favos tanısı konulan bir kız olgu sunulmaktadır.

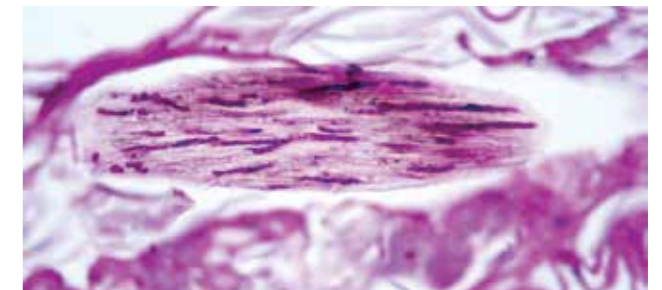
Olgu

Yetiştirme yurdunda kalan on üç yaşındaki bir kız hasta, saçlı deride yara, saçlarda dökülme şikayeti ile polikliniğimize yurt görevlileri tarafından getirildi. Şikayetlerinin yaklaşık 8 yıldır olduğu, küçük bir alanda kabuklanma şeklinde başlayıp yayıldığı ve daha sonra saç dökülmesine neden olduğu öğrenildi. Bu şikayetlerle birkaç defa hastaneye başvurdukları ve ekzema tedavisi yapıldığı öğrenildi. Sistemik bir hastalığı ve immünoşüpresyonu yoktu. Dermatolojik muayenesinde saçlı derinin oksipital ve vertex bölgelerinde gri, parlaklığını yitirmiş saç telleri ile kıl şaftlarına yapışık, kükürt sarısı renge, 1-3 mm çapında, yuvarlak skuamlar izlendi (Resim 1). Bu lezyonların arasında ve skuam altlarında sikatrissel alopezi alanları gözlemlendi. Diğer deri muayenesi ve tırnaklar normaldi. Wood ışığı muayenesinde bölgedeki saçlarda yeşilimsi floresans izlendi. Saçlı deriden alınan kazıntı ve saç örnekleri %10'luk potasyum hidroksit ile muamele edildi. Direkt mikroskopik incelemede endotrikse invazyon gösteren septalı hifalar izlendi. Aynı bölgeden sikatrissel alopezi ön tanısıyla başka bir merkezde deri biyopsisi yapılmış-

tı. Deri biyopsisi incelendiğinde kıl şaftı içerisinde hava boşlukları içeren hifalar olduğu görüldü (Resim 2). Sabouraud dekstroz agarda yapılan kültürde üreme olmadı. Hasta, klinik ve mikroskopik bulgular ışığında tinea kapitis favosa olarak kabul edildi ve sistemik terbinafin tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolünde hastanın şikayetlerinde gerileme olduğu gözlemlendi.



Resim 1. Oksipital ve vertex bölgelerinde gri parlaklığını yitirmiş saç telleri, sarımsı renkte, yuvarlak şekilli skuamlar.



Resim 2. Endotriks yerleşimli hifalar (PASx40).

Tartışma

Günümüzde nadir görülen favus, özellikle bebek ve çocukları tercih eder. Diğer tinea kapitis formlarından farklı olarak pubertede iyileşme özelliği yoktur. Olgumuzda olduğu gibi tinea kapitis favosa tedavi edilmediği takdirde uzun yıllar boyunca devam ederek sikatriyel alopesi ile sonuçlanır (2). Favusun bu şekilde kronik seyrine endotriks yerleşimi katkıda bulunur. Ortak kullanılan havlu ve eşyalarla özellikle aile içinde kişiden kişiye bulaşabilir (3, 4).

Klasik klinik tipi dışında alopesinin eşlik etmediği, seboreik dermatit, psoriasis ve tinea amiantaseaya benzer eritematöz foliküler bir forma da sahiptir (5). Favusta antropofilik *Trichophyton schoenleinii*, olguların %90'ından fazlasında etyolojik ajan olarak izole edilmekle birlikte *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton verrucosum*, *zoofilik Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum canis* ve *jeofilik Microsporum gypseum* da favus lezyonlarından izole edilmiştir (1).

Favus, geçmiş yıllarda tüm dünyada sık olarak görülmesine rağmen sosyoekonomik durumun düzelmesiyle birlikte sadece belli endemik bölgelere lokalize hale gelmiştir (6). Ancak kötü hijyen ve malnütrisyondan dolayı olduğu bölgelerde yeni olgulara rastlanmaya devam edilmektedir. Avrupa'da tinea kapitisin iki büyük kohort çalışmasında tinea kapitis favusun tüm olguların %0,2 ve %0,5'ini oluşturduğu bildirilmiştir (7, 8). Yine ülkemizde Erzurum bölgesinde *Aktaş ve ark.* 48 tinea kapitisli olgunun hiçbirinde favus saptamamışlardır. Van bölgesinde yapılan bir çalışmada ise toplam 40 olgunun yalnızca birinin favus olduğu bildirilmiştir (9, 10).

Tanıda direkt mikroskopik değerlendirme ve kültür yöntemi kullanılmaktadır. Favus lezyonları, Wood ışığı ile bazen donuk yeşilimsi mavi bir floresans verir (2). *Aktaş ve ark.* ve *Metin ve ark.*'in tinea kapitis hastalarında yapmış oldukları çalışmada kültür pozitiflik oranları sırasıyla %58,3 ve %75 olarak saptanmıştır. Bizim olgumuzda kültürde üreme olmadı, ancak endotriks tutulumu ve hifalarda hava boşluklarının görülmesi ön planda etkenin *Trichophyton schoenleinii* olabileceğini düşündürdü.

Favusta sikatriyel alopesiyi ve infeksiyonun yayılımını engellemek için tedavi şarttır. Tedavide oral antifungaller etkilidir (2).

Sonuç olarak puberte ve sonrasında sikatriyel alopesi ile başvuran olgularda günümüzde nadir olarak rastlanıyor olsa bile ayırıcı tanılar içinde favus mutlaka akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Ilkit M. Favus of the scalp: an overview and update. *Mycopathologia* 2010; 170: 143-154.
2. Tüzün Y, Serdaroglu S. Derinin mantar hastalıkları. *Dermatoloji*'de. Ed. Tüzün Y, Güre MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008; 342-382.
3. Greer DL. Treatment of symptom-free carriers in management of tinea capitis. *Lancet* 1996; 348: 350.
4. Aly R. Ecology, epidemiology and diagnosis of tinea capitis. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 180-185.
5. Frieden IJ, Howard R. Tinea capitis: epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 42-46.
6. Korstanje MJ, Staats CG. Tinea capitis in Northwestern Europe 1963-1993: etiologic agents and their changing prevalence. *Int J Dermatol* 1994; 33: 548-549.
7. Niczyporuk W, Krajewska-Kulak E, Łukaszyk C. Tinea capitis favosa in Poland. *Mycoses* 2004; 47: 257-260.
8. Rubio-Calvo C, Gil-Tomas J, Rezusta-Lopez A, Benito-Ruesca R. The aetiological agents of tinea capitis in Zaragoza (Spain). *Mycoses* 2001; 44: 55-58.
9. Metin A, Subaşı S, Bozkurt H, Calka O. Tinea capitis in Van, Turkey. *Mycoses* 2002; 45: 492-495.
10. Aktas E, Karakuzu A, Yigit N. Etiological agents of tinea capitis in Erzurum, Turkey. *J Mycol Med* 2009; 19: 248-252.

El İçi ve Ayak Tabanında Kızarıklıklarla Ortaya Çıkan Sistemik Lupus Eritematozus ve Sjögren Sendromlu Bir Olgu

Uzm. Dr. Zennure TAKCI¹, Yrd. Doç. Dr. Gök Nur KALKAN², Uzm. Dr. Servet GÜREŞÇİ³

¹S.B. Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği
²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat
³S.B. Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

ÖZET

El içi ve ayak tabanında kızarıklıklarla ortaya çıkan sistemik lupus eritematozus ve sjögren sendromlu bir olgu

Sistemik lupus eritematozus (LE), vücudun herhangi bir kısmını etkileyebilen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, otoimmün, inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır (1). Etiyolojisi ve patogenetik mekanizmalar tam olarak aydınlatılamamıştır. Sıklıkla doğurganlık yaş grubundaki kadınları etkiler. Hastalık sadece ekzokrin bezlerle sınırlı değil, birçok organ sistemini tutabilmektedir. Sjögren sendromu (SS) sıklıkla ağız ve göz kuruluğu ile ortaya çıkan, ekzokrin bezlerin kronik inflamasyonu ile karakterize yavaş ilerleyici bir hastalıktır. Sjögren sendromu, tek başına (primer SS) veya diğer doku hastalıkları (sekonder SS) ile birliktelik gösterebilir. Sekonder SS, sıklıkla sistemik LE, romatoid artirit (RA) ve diğer konnektif doku hastalıkları ile birliktedir. Burada palmoplantar bölgede 1 yıldır var olan kaşıntılı kızarıklık şikayetiyle başvuran, klinik, laboratuvar ve deri biyopsisi histopatolojik incelemesi ile sistemik LE ve SS tanısı alan 29 yaşında kadın hasta, farklı klinik tutulumları nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sistemik, lupus eritematozus, Sjögren sendromu

ABSTRACT

A Case of Systemic Lupus Erythematosus and Sjögren's Syndrome Presenting With Palmoplantar Erythema

Systemic lupus erythematosus (LE), is an autoimmune connective tissue disease that can affect any part of the body. The etiology and pathogenetic mechanisms of SLE have not been clearly elucidated. It frequently occurs in women of childbearing age. Sjögren's syndrome (SS) is a systemic autoimmune disease, characterized by chronic inflammation of exocrine glands that results in development of xerostomia and keratoconjunctivitis sicca. The disease activity of SS is not restricted to exocrine glands, and many other organs and organ systems can be involved. SS is a may course alone (primary SS) or in association with another connective tissue disorder (secondary SS). Secondary SS is commonly observed to be associated with systemic lupus erythematosus (LE), rheumatoid arthritis (RA) or another connective tissue disorder. Here we report a case of 29-year-old woman curiously presented with the complaint of palmoplantar erythema and pruritus diagnosed as clinically and as a result of laboratory and histopathological examinations as systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome.

Key Words: Systemic, lupus erythematosus, Sjögren's syndrome

Giriş

Sistemik lupus eritematozus (LE), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, otoimmün, inflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır (1). Sjögren sendromu (SS) sıklıkla ağız ve göz kuruluğu ile ortaya çıkan, ekzokrin bezlerin kronik inflamasyonu ile karakterize yavaş ilerleyici bir hastalıktır (2). Burada palmoplantar bölgede 1 yıldır var olan kaşıntılı kızarıklık şikayetiyle başvuran, klinik, laboratuvar ve deri biyopsisi histopatolojik incelemesi ile sistemik LE ve SS tanısı alan 29 yaşında kadın hasta, farklı klinik prezentasyonu nedeniyle sunulmuştur.

Olgu

Yirmi dokuz yaşında kadın hasta el içi ve ayak tabanlarında kaşıntılı kızarıklıklar şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 1 yıl önce el içlerinde başlayan kaşıntılı kızarıklıkların 5 ay önce ayak tabanlarında da oluşmaya başladığı ve kontakt dermatit tanısıyla verilen topikal kortikosteroid tedavilerinden kısmi fayda gördüğü öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hasta-

nın sistem sorgulamasında ağız-göz kuruluğu, fotosensitivite ve yaygın artraljisi vardı. Sistemik muayenesi normal olan hastanın dermatolojik muayenesinde el içi ve ayak tabanlarında eritemli plaklar görüldü (Resim 1, 2, 3). Laboratuvar tetkiklerinde: Hb:14.8 g/dl, BK:6300/mm³, Lenfosit:1300/mm³, Plt:163.000/mm³, sedimantasyon:54 mm/saat, biyokimya normal, ANA: 4 ++++ (granüler), anti-Ro SS-A: 3 +++, tam idrar tetkiki ve 24 saatlik idrar analizi normaldi. Lezyonlu deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, parakeratoz, hafif spongiyoz, ekzositoz, apopitotik keratinositler ve bazal tabakada vakuolar dejenerasyonun izlendiği epidermis altında özellikle rete uçlarında yoğunlaşan lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü (Resim 4). Deri biyopsisinin immünfloresan incelemesinde immün depolanma saptanmadı. Oftalmolojik muayenede korneal hasar yoktu, *Schirmer* testi 15. dakikada sağ gözde 1 mm, sol gözde 2 mm ile kuru gözle uyumlu bulundu. Sistemik LE ve SS tanısı konulan hasta romatoloji kliniğine konsülte edildi, tedavisi planlanarak takibe alındı.



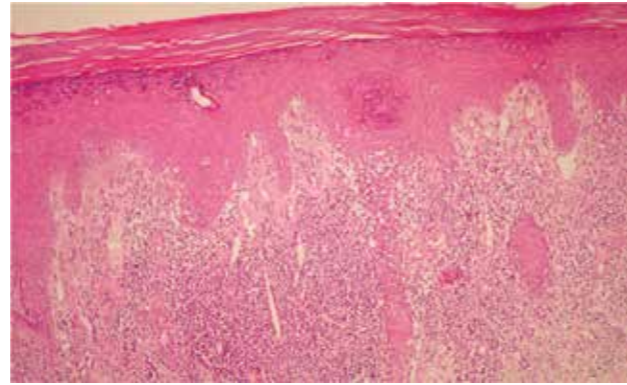
Resim 1. Avuç içinde gelişen eritemli plak lezyon



Resim 1. Avuç içindeki lezyonun yakından görüntüsü



Resim 3. Ayak tabanında eritemli plaklar



Resim 4. Hiperkeratoz, parakeratoz, apoptotik keratinositler ve bazal tabakada vakuolar dejenerasyonun izlendiği epidermis altında yoğun lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu, (H&E, X10).

Tartışma

Lupus eritematozus, sadece lokalize diskoid LE lezyonları ile ortaya çıkan hafif şiddette hastalıktan, nefrit, santral sinir sistemi tutulumu veya vaskülit ile ölüme yol açabilen şiddetli hastalık ve bunların arasında yer alan geniş bir spektrumu içine alan bir konnektif doku hastalığıdır (3). Sistemik LE'de görülen klinik ve laboratuvar bulgular oldukça geniş bir spektruma sahiptir. Deri tutulumu %72-85 oranında görülürken olguların %23-28'inde hastalığın ilk belirtisi olabilmektedir (1). Kutanöz LE terimi genellikle LE spesifik deri hastalığı için kullanılmakta olup akut LE (malar döküntü), subakut kutanöz LE ve kronik kutanöz LE veya diskoid LE olmak üzere 3 ana başlık altında toplanmaktadır. Yüzde kelebek tarzı eritem, ödem, papüloskuamöz lezyonlar, diskoid LE, lupus panniküliti, alopesi, oral ve genital ülserasyon, büllöz erüpsiyon, *Raynaud* fenomeni, kutanöz vaskülit, livedo retikularis karşılaşılabilen deri bulgularındandır (4). Sjögren sendromu ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır (2, 5). Çoğu hastada gözyaşı ve tükürük bezlerinin lenfositik infiltrasyonu sonucu sekresyonların azalmasına bağlı olarak kuru göz ve kuru ağız bulunmaktadır. Kserozis ve vaskülit başta olmak üzere olguların yarısında göz kapağı dermatiti, oral kandidiyazis, anguler keilit, anüler eritem gibi spesifik olmayan deri bulguları eşlik edebilir. SS primer ve sekonder olabilir (5). Primer SS bir konnektif doku hastalığıdır ve altta yatan başka bir hastalık yoktur. Sekonder SS en sık romatoid artrit, sistemik LE ve skleroderma olmak üzere diğer romatizmal hastalıklarla beraber görülebilir (6). Sistemik LE hastalarında SS prevalansı yaklaşık %8-30 arasında olup, SS'nin eşlik ettiği sistemik LE'nin daha benign seyrettiği ve Ro/SSA, La/SSB'nin daha sık pozitif saptandığı bildirilmektedir (7). Burada palmoplantar bölgede eritemli plaklarla ortaya çıkan bir sistemik LE ve sekonder SS'lu olgumuzda da ANA: 4 ++++ (granüler), anti-Ro/SS-A: 3 +++, bulunmuştur. Deri biyopsisi ve Schirmer testi pozitifliği ile her iki tanının desteklendiği hastamızın romatoloji bölümü tarafından takip ve tedavileri yapılmaktadır. Lezyonlarının lokalizasyonunun farklı oluşu ve atipik prezentasyonu nedeniyle sunduğumuz bu hastada, konnektif doku hastalıklarının daima ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği, tedaviye dirençli olgularda laboratuvar ve histopatolojik

incelemelerin önemi vurgulanmıştır.

Kaynaklar

1. Yell JA, Mbuagbaw J, Burge SM. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1996; 135: 355-362.
2. Bayetto K, Logan RM. Sjögren's syndrome: a review of aetiology, pathogenesis, diagnosis and management. *Aust Dent J* 2010; 55: 39-47.
3. Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 365-381.
4. Smith PP, Gordon C. Systemic lupus erythematosus: clinical presenta-

tions. *Autoimmun Rev* 2010; 10: 43-45.

5. Kittridge A, Routhouska SB, Korman NJ. Dermatologic manifestations of Sjögren syndrome. *J Cutan Med Surg* 2011; 15: 8-14.
6. Theander E, Jacobsson LT. Relationship of Sjögren's syndrome to other connective tissue and autoimmune disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 935-947.
7. Moutsopoulos HM, Klippel JH, Pavlidis N, Wolf RO, Sweet JB, Steinberg AD, et al. Correlative histologic and serologic findings of sicca syndrome in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 36-40.