



Aellas™ Skin Renaval Platform Kimyasal peelingte yeni bir devir

- Uygulamaya hazır ürünler
- Tedavi sırasında kolay uygulama
- Çeşitli tedavi alanları ve estetik amaçlar için ürün kombinasyonları
- Kısa tedavi süresi
- Uzun raf ömrü sağlayan kimyasal stabilite



Estetik Tedavide Tiksotropik Özellik ve Nanoteknoloji ile Yeni Teknoloji
Tedavi Olanakları

www.aesta-md.com Tel:0216 326 53 65



Kırk Yaşındaki Erkek Hastada Tufted Folikülit ve Akne Keloidalis Birlikteliği

Uzm. Dr. Zennure TAKCI¹, Yard. Doç. Dr. Göknur KALKAN², Doç. Dr. Hatice Meral EKŞİOĞLU³,
Uzm. Dr. Müzeyyen ASTARCI⁴

¹Sağlık Bakanlığı Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Tokat

³Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara

⁴Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara

ÖZET

Kırk Yaşındaki Erkek Hastada Tufted Folikülit ve Akne Keloidalis Birlikteliği

Tufted folikülit, saçlı derinin nadir görülen, tekrarlayıcı, ilerleyici bir folikülit olup, sikatrisyel alopesi ve tek bir dilate folikül ağzından birden fazla kılın çıkması ile karakterize kronik bir hastalıktır. Saçın kümelenmesi, fibrozan süreç ve genişlemiş foliküler açıklığın içinde telogen saçların retansiyonu sonucu komşu foliküler birimlerin kümelenmesi sonucu oluşur. Bu zamana kadar tufted folikülit gelişim nedeni olarak nevoid anomaliler, lokal travma ve foliküllerin tekrarlayıcı infeksiyonları gibi çeşitli patogenetik mekanizmalar ileri sürülmüştür. Ancak hastalığın nadir görülmesi nedeniyle tam bir patogeneze ortaya konamamıştır. Burada vertex ve pariyeto-okspital bölgede tufted folikülit olan ve ensede akne keloidalis olan 40 yaşında erkek hasta sunularak; hastalığın spesifik bir durum mu yoksa saçlı derideki inflamatuvar bozukluklardan dolayı ortaya çıkan sekonder bir fenomen mi olduğu literatür aracılığıyla gözden geçirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Tufted folikülit, akne keloidalis

ABSTRACT

Association of Tufted Folliculitis and Acne Keloidalis Nuchae in a Case of 40-Year-Old Man

Tufted hair folliculitis (THF) is an uncommon, persistent and progressive folliculitis of the scalp that resolves with irregular areas of scarring alopecia within which plentiful hair tufts come out from dilated follicular orifices. Tufting of hair is caused by clustering of adjacent follicular units due to a fibrosing process and to retention of telogen hairs within a dilated follicular orifice. To date numerous pathogenetic mechanisms have been suggested about the development of tufted folliculitis including nevoid abnormalities, local trauma and recurrent infections of the follicles. However, the exact pathogenesis of THF is not fully understood because of the rare incidence of THF. Here we present a 40-year-old man with tufted folliculitis on the vertex and parieto-occipital region of the scalp and acne keloidalis nuchae on the nape and review the literature about the pathogenetic mechanisms of this disease whether it is a specific disease or secondary phenomenon that may arise in several different inflammatory disorders of the scalp.

Key Words: Tufted hair folliculitis, acne keloidalis

Giriş

Tufted folikülit saçlı derinin nadir görülen ve sebebi bilinmeyen, kronik, ilerleyici, süpüratif, inflamatuvar bir hastalıktır. İnflamasyona yama tarzında oluşan kalıcı alopesik alanlar ve bu alanlar içerisinde genişlemiş bir folikül ağzından çıkan 10-20 adet saç kılının oluşturduğu demet tarzındaki saçlar eşlik eder (1). Burada, vertex ve pariyeto-okspital bölgede tufted folikülit olan 40 yaşında erkek hasta nadir bir durum olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Kırk yaşında erkek hasta saçlı deride kaşıntılı, sulantılı yaralar şikayetiyle başvurdu. 10 sene önce saçlı deride kaşıntı, kepeklenme ve yer yer sulantılı yaralar oluşan hastanın şikayetleri dönemsel artıp azalmalarla devam etmiş. Lezyonların tekrarladığı bölgelerde saçlarda azalma, sertleşme ve ensede ele gelen sert kabarcıklar oluşmaya başlamış. Kullandığı topikal ve sistemik antibiyotik tedavilerinden kısmen fayda görmüş. Vücudunun farklı alanlarında tekrarlayan folikülit ve pilonidal

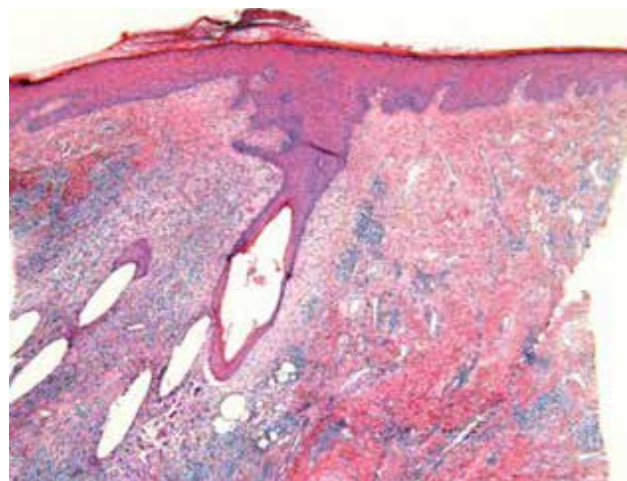
sinüs öyküsü olmayan hastanın bilinen sistemik hastalığı veya sürekli kullandığı ilacı yoktu. Aile hikayesi sorgulandığında erkek kardeşinde de benzer şikayetlerin olduğu öğrenildi. Dermatolojik muayenede vertexte ve pariyeto-okspital bölgede grup yapmış, bir folikül ağzından çok sayıda saçın çıktığı alanlar izlendi (Resim 1). Ensede saçlı deri sınırını proksimale kaydıran sikatrisyel alopesi ve oksipital bölgeye doğru yayılım gösteren viyolese, eritemli, sert, hipertrofik papüller ve aralarda az sayıda püstül dikkat çekti (Resim 2). Serum tam kan, biyokimya, eritrosit sedimentasyon hızı, tam idrar tetkiki normal sınırlarda olup, C-reaktif protein düzeyi 2.6 mg/l idi. Sağlam püstüllerden elde edilen pü kültüründe üreme olmadı. Lezyonlu bölgeden alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde akantoz gösteren epidermiste folikül ostiumu çevresinde parakeratoz, keratin tıkaç ve grup yapmış kıl foliküllerinin aynı ostiuma açıldığı görüldü. Dermiste perivasküler alanda plazma hücrelerinden zengin iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 3). Tufted folikülit tanısı konulan olguya 50 mg/gün (0.8 mg/kg) sistemik izotretinoin, katranlı şampuan ve aktif püstüllere topikal mupirosin başlandı, izotretinoin dozu 2 ay sonra 60 mg'a (1 mg/kg) çıktı. 6 aylık tedavinin sonunda aktif kurutulmuş lezyonlar tamamen geriledi, çevreye doğru yayılım durdu. Takiplerde hastalığın rekürren seyrini koruduğu görüldü.



Resim 1. Grup yapmış, bir folikül ağzından çok sayıda saçın çıktığı alanlar



Resim 2. Saçlı deri sınırını proksimale kaydıran sikatrissli alopesi ve oksipital bölgeye doğru yayılım gösteren viyolase eritemli sert hipertrofik papüller



Resim 2. Aynı ostiuma açılan grup yapmış foliküller, dermiste perivasküler plazma hücrelerinin zengin iltihabi hücre infiltrasyonu (Masson Trichrome X 4)

Tartışma

Tufted folikülit, saçlı derinin nadir görülen, tekrarlayıcı foliküliti olup, sikatrissel alopesi ve tek bir dilate folikül ağzından birden fazla kılın çıkması ile karakterize kronik bir hastalıktır (1). Sıklıkla 30'lu yaşlardaki erkeklerde, oksipital ve/veya paryetal bölgede kaşıntılı, ağrılı foliküler püstüllerin oluşturduğu eksüdatif plaklar şeklinde başlar. İnflamasyonun gerilediği bölgelerde sikatrissel alopesi ve alopesik alanlar arasında genişlemiş bir folikül ağzından çok sayıda kılın çıktığı demet tarzında lezyonlar ortaya çıkar (1,2). Nevoid anormallikler, kıl folikülünün tekrarla-

yan stafylokokal infeksiyonu, telojen saçların retansiyonu ve lokal travma gibi sunulan patogenetik mekanizmalar olmakla birlikte, hastalığın etyopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır (3,4). Literatürde tufted folikülit, perifolikülitis kapitis absedens et suffodiens (disekan selülit), folliküler liken planus, akne keloidalis nucha, folikülitis dekalvans, kerion selsi ve pemfigus vulgaris gibi saçlı derinin kronik inflamatuvar hastalıklarındaki foliküler hasara sekonder ortaya çıkabileceğini ortaya koyan yayımlar vardır (5,6,7,8). Pujol ve arkadaşları tufted folikülitin spesifik bir hastalık olmadığını, disekan selülit, folikülitis dekalvans ya da akne keloidalis nuchae gibi saçlı derinin kronik eksüdatif inflamatuvar hastalıklarında ortaya çıkabilen bir fenomen olduğunu ileri sürmüşlerdir (9). Akne keloidalis nuchae özellikle ensede hipertrofik sikatriss ve keloid gelişimiyle sonlanan saç foliküllerinin kronik inflamatuvar hastalığıdır (10). Burada sunulan olguda paryeto-okspital bölge ve verteks-teki tufted folikülit lezyonlarının yanında ensede akne keloidalis olması dikkat çekiciydi. Tufted folikülit etyopatogenezinin anlaşılması, primer mi yoksa kronik inflamatuvar süreçlerde görülebilen sekonder bir fenomen mi olduğu ayrımının yapılabilmesi için hasta sayısının fazla olduğu ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1-Broshtilova V, Bardarov E, Kazandjieva J, Marina S. Tufted hair folliculitis: A case report and literature review. Acta Dermato Venerol Alp Panonica Adriat 2011; 20: 27-29.
- 2-Annessi G. Tufted folliculitis of the scalp: a distinctive clinicohistological variant of folliculitis decalvans. Br J Dermatol 1998; 138: 799-805.
- 3-Trueb RM, Pericin M, Hafner J, Burg G. Tufted hair folliculitis. Hautartz 1997; 48: 266-269.
- 4-Fernandes JC, Correia TM, Azevedo F, Mesquita-Guimarães J. Tufted hair folliculitis after scalp injury. Cutis 2001; 67: 243-245.
- 5-Jappe U, Schröder K, Zillikens D, Petzoldt D. Tufted hair folliculitis associated with pemphigus vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003; 17: 223-226.
- 6-Baroni A, Ruocco E, Aiello FS, Faccenda F, Lo Schiavo A, Satriano RA, Guerrero V. Tinea capitis mimicking tufted hair folliculitis. Clin Exp Dermatol 2009; 34: 699-701.
- 7-Petronić-Rosić V, Krnić A, Mijusković M, Vesić S. Tufted hair folliculitis: a pattern of scarring alopecia? J Am Acad Dermatol 1999; 41: 112-114.
- 8-Powell JJ, Dawber RP, Gatter K. Folliculitis decalvans including tufted folliculitis. Br J Dermatol 1999; 140: 328-333.
- 9-Pujol RM, Garcia-Patos V, Ravella-Mateu A, Casanova JM, de Moragas JM. Tufted hair folliculitis: a specific disease? Br J Dermatol 1994; 130: 259-260.
- 10-Luz Ramos M, Muñoz-Pérez MA, Pons A, Ortega M, Camacho F. Acne keloidalis nuchae and tufted hair folliculitis. Dermatology 1997; 194: 71-73.

Kemoterapi Ajanlarının Kutan Etkileri

Uzm. Dr. Nilgün BAHÇETEPE¹, Uzm. Dr. Zekayi KUTLUBAY², Doç. Dr. Burhan ENGİN², Prof. Dr. Yalçın TÜZÜN²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Kemoterapi Ajanlarının Kutan Etkileri

Dünyada kanser oranlarının giderek artmasıyla kemoterapi ajanları yaygın kullanım alanına sahip olmuştur. Yüksek metabolizma hızları nedeniyle deri, saç, mukoza ve tırnaklar kemoterapinin toksik etkilerine maruz kalan en önemli hedef organlardır. Doğru tanı ve uygun tedavi için kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin iyi bilinmesi gerekir. Bu makalede kemoterapi ajanlarının kutanöz yan etkileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, kutanöz reaksiyon, alopesi, stomatit

ABSTRACT

Cutaneous Effects of Chemotherapeutic Agents

Due to increased rates of cancer all over the world, chemotherapy agents have been widespread used. As a result of their high metabolic rate, the skin, hair, mucous membranes, and nails are one of the most important target organs of the toxicity associated with chemotherapy. Accurate diagnosis and appropriate treatment of side effects require knowledge about the patterns of the most common adverse reactions to drugs the patient may be using. This article reviews the cutaneous side effects of chemotherapeutic agents.

Key Words: Chemotherapy, cutaneous reactions, alopecia, stomatitis

Giriş

Her yıl 1.5 milyondan fazla kişiye yeni kanser tanısı konulmakta ve kemoterapiye bağlı yan etkiler de giderek yaygınlaşmaktadır (1). Kemoterapötik ajanlar deri, saç, mukoza veya tırnakları etkileyen çok sayıda iyi tanımlanmış yan etkilere neden olabilir. Kemoterapi ajanların kutan etkileri sık görülse de çoğunlukla hayatı tehdit edici yan etkiler gözlenmez. Daha çok hastaların yaşam kalitelerini etkileyen hafif ve orta şiddetli lezyonların yanı sıra nadir de olsa toksik epidermal nekroliz gibi şiddetli ve hayatı tehdit edici reaksiyonlar da gözlenebilmektedir (2).

Alopesi

Kemoterapinin en sık görülen dermatolojik yan etkilerinden olan alopesi anagen effluvium ve telogen effluvium olmak üzere iki tipte görülür. Anagen effluvium kemoterapi başlangıcından bir iki hafta sonra kıl matriksinin mitotik aktivasyonunun ani olarak yarıda kalması sonucunda saç üretiminin durması ve incilmesi ile oluşur (3). Folikül epitelinde apoptozun indüklenmesiyle anagen fazdan katagen faza erken dönüşüm gerçekleşir ve telogen effluvium oluşur. Zayıflayan kıl shaftı kolayca kırılmaya eğilimli hale gelir. Hızlı matriks formasyonuna sahip olan terminal kıllar, yavaş büyüyen kıllar olan kaş, kirpik ve vücut kıllarından daha duyarlıdır ve daha çok etkilenir. Saç kaybı kemoterapi başlangıcından sonraki 1 ila 2 ay içinde gelişir. Kıl foliküllerinin %10'u istirahat fazında olduğu için total kayıp gözlenmez (3). Tekrarlayan kemoterapilerle tüm kıllar etkilenip total alopesi gelişebilir (2). Alopesi doza bağımlı ve geri dönüşümlü olsa da siklofosamid ve bisülfan kullanımı sonrasında kalıcı alopesi gelişebilir. Yeni saçlar farklı renkte ve yapıda çıkabilir (3, 4). Klasik kemoterapi ajanları sıklıkla alopesiye neden olsa da yeni geliştirilen moleküler hedefe yönelik ajanlarla alopesi

daha sık gözlenmektedir. (2, 5-8). Çoklu tirozin kinaz inhibitörü olan sorafenib alan hastaların neredeyse yarısında değişik derecelerde alopesi oluşmuş, deri döküntüsü ve akral eritemden farklı olarak da bu yan etki dozdan bağımsız gelişmiştir (2). Bir epidermal büyüme faktör reseptör inhibitörü (EBFRI) olan gefitinib kullanımı ile yaygın inflamatuvar sikatrissiz alopesi gelişimi bildirilmiştir (9,10). Saç kaybını engellemek için geliştirilen yöntemlerle başarı sınırlıdır. Hipotermi ve turnike yöntemi ile ilacın kıl folikülüne geçişi azaltılarak minimum saç kaybı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu yöntem saçlı deri tutulumu olabilecek lösemi, lenfoma gibi hematolojik ve diğer saçlı deri metastatik tümörlerinde uygulanmamalıdır. Yerel minoksidil ilaca bağlı alopeside etkili olmamakla beraber süreci kısaltabilir (3). Kalisitriolun hayvan modellerinde sitoksan ve siklofosfamide bağlı alopeside etkili olduğu gösterilmiştir (11).

Trikomegali ve Saç Kıvrıklığı

EBFR, kıl folikülünün dış kılındaki keratinositlerde bulunur ve anagen fazın başlamasında, bitmesinde ve kıl büyümesinde rol oynar. EBFR sinyalinin baskılanması anagenden telogene geçişi engeller ve disorganize kıl folikülü oluşumu ile sonuçlanır. Kıl değişikliklerinin başlaması tedavi başlangıcından 7-10 hafta sonrası ile aylara kadar değişen sürede gözlenir. Karakteristik olarak uzun, kıvrık kirpiklerle karakterize trikomegali gözlenir. Kaşlar kalınlaşır, bazen lateral incelmeye eşlik eder. Nadiren kaşlar lateral periorbital alana yayılır veya orta hatta birleşebilir. Yüzde-dudak üst kısmında hipertrikoz gözlenirken, kollar ve bacak kıllarında hafif bir azalma gözlenebilir. Sakallar daha az tıraş gerektirebilir. Saçlar daha yavaş uzar, daha ince, daha kırılabilir hal alır (12).