

OLGU

Zehra Gürlevik¹
Havva Erdem²
M. Emin Yanık¹
Hülya Albayrak¹
A. Fahri Şahin³

¹Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Düzce
²Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce
³Çorum Devlet Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Çorum

Yazışma adresi

Dr. Zehra Gürlevik
Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Düzce
E-mail: z.gurlevik@hotmail.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Pitriyazis versikoloru Taklit Eden Konfluent ve Retiküle Papillomatozis Olgusu

ÖZET

Gougerot-Carteoud Sendromu (KRP) olarak da bilinen Konfluent ve retiküle papillomatozis nadir görülen bir deri hastalığıdır. Sıklıkla kadınlarda görülen bu hastalığın etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. KRP genellikle intermammarian ve interskapular alanları tutar. Burada klinik olarak Pitriyazis versikolora benzeyen, azitromisin ve topikal retinoid ile tedaviye yanıt veren bir erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konfluent ve retiküler papillomatoz, Pitriyazis versikolor, Azitromisin

A Case of Confluent and Reticulated Papillomatosis Mimicking Pityriasis versicolor

ABSTRACT

Confluent and reticulated papillomatosis (CRP) which is also known as Gourgerot-Corteoud Syndrome is an unusual condition. The etio-pathogenesis is still unclear. This disease is mostly affecting female gender. The most common location for the CRP is on the intermammary and interscapular areas. We presented the case of a male patient with CRP resembling Pityriasis versicolor. The patient was treated with azitromycin and topical retinoid. We observed a good response to azitromycin.

Key Words: Confluent and reticulated papillomatosis, Pityriasis versicolor, Azithromycin

GİRİŞ

Konfluent ve retiküle papillomatozis (KRP) persistan papüllerin periferde doğru yayılması ile retiküler bir görünüm oluşturan lezyonlarla karakterize nadir görülen bir dermatozdur. Hiperpigmente düz veya verrüköz, konfluent papüller intermammarian ve interskapular alanlar ve ense gibi özellikle seboreik bölgelere yerleşme eğilimi gösterir. Tanı klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak konulur (1-4). Bu dermatozun etiyojisine yönelik 2 olası teori mevcuttur; infeksiyöz bir ajana anormal doku yanıtı ve bir keratinazyon bozukluğu. Bununla birlikte fotosensitivite, genetik faktörler, endokrinopatiler ve amiloidozis kutis de hastalığın ortaya çıkmasında rol oynayabileceği söylenmektedir (5,6). Familial olgular bildirilmesine rağmen olguların çoğu sporadiktir (2). Tedavide antifungal ajanlar, retinoidler ve çeşitli antibiyotikler kullanılmaktadır (2,7).

OLGU

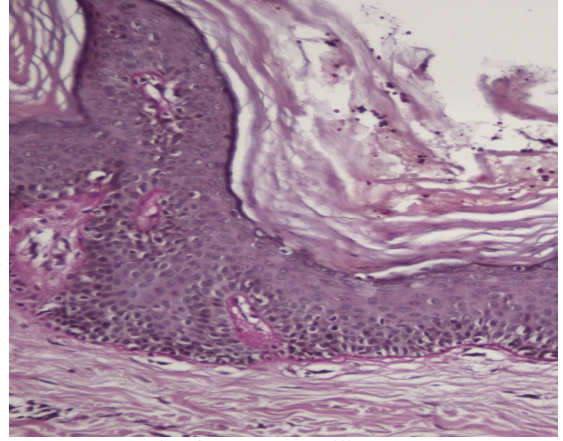
26 yaşında erkek hasta ense, boyun ve intermammarian bölgede hiperpigmente papül ve yama tarzı lezyonlar ile kliniğimize başvurdu. Hasta hikayesinde 2 yıl önce ense bölgesinde ortaya çıkan lezyonların giderek yayıldığını belirtiyordu. 6 yıldır kronik hepatit B taşıyıcısı olan hastanın soygeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde özellikle ensede hiperpigmente birleşme eğilimindeki kadifemsi papüllerinde dikkati çektiği plak tarzı lezyonların yanı sıra boyun ve intermammarian bölgeden abdomene doğru uzanan kahverengimsi üzeri hafif skuamli yama tarzındaki lezyonlar ağsı bir yapı sergilemekteydi (Resim 1). Lezyondan hazırlanan kazıma preparatının potasyum hidroksitle incelemesi negatifti. Lezyondan alınan punch biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratoz, papillomatoz ve hafif akantoz gözlemlendi. Stratum korneumda periyodik asit-Schiff (PAS) ile pozitif boyama gösteren granüler yapılar Pityosporum ovale olarak değerlendirildi (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak hastaya KRP tanısı konuldu. Hastaya haftada 3 kez 500mg/gün şeklinde azitromisin ve topikal retinoid tedavisi başlandı. 4 hafta içerisinde lezyonlarda tama yakın düzelme gözlemlendi.

TARTIŞMA

Çoğunlukla bayanlarda görülen KRP genellikle pubertede ortaya çıkar (5). Bu hastalık genellikle asemptomatik olmakla beraber kaşıntı da olabilir. İntermammarian, interskapular bölge ve ense tipik tutulan bölgeler iken, aksilla, omuzlar, sırt, abdomen ve pubik bölgelerde etkilenebilir. Düz veya verrüköz, gri-kahverengi renkli ve genellikle 5 mm'den küçük papüller zamanla birleşir ve giderek yayılan papüllerle retiküler bir görünüm almaya başlar. Histopatolojik bulgular papillomatoz, hiperkeratoz şeklindedir. Hafif akantoz görülebilir (3,4).



Resim 1. Boyun ve intermammarian bölgeden abdomene doğru uzanım gösteren kahverengimsi, hafif skuamli yama tarzı lezyonlar ile ensede birleşme eğilimindeki papüllerle karakterize retiküler görümlü hiperpigmente plak



Resim 2. Hiperkeratoz, papillomatoz ve stratum korneumda PAS pozitif boyama gösteren granüler yapılar (PASx100)

KRP ayırıcı tanısında pitriazis versikolor, Darier Hastalığı, akantozis nigrikans, prurigo pigmentosa, seboreik dermatit, fotodermatit, verruka plana ve epidermal nevüs yer alır. Pitriyazis versikolordan potasyum hidroksit incelemesi ile Darier hastalığından subbasal akantolisis ve diskeratotik hücrelerin yokluğu ile ayrılır. Akantozis nigrikansta ise lezyonlar genellikle intertrijnoz alanlar tutulur (1,2,3,7). Tanı histopatolojik bulgu ve kliniğe dayanılarak konulur. Tedavide belirli bir standart olmamakla birlikte tedavisi oldukça güçtür (5). Salisilik asit, üre, topikal ve sistemik retinoidler, topikal kalsipotriol, topikal 5FU, topikal antifungaller, mupirosin, oral amoksisilin, ertromisin, azitromisin, minosiklin, fototerapi ve dermabrazyon tedavi seçenekleri arasındadır (3-7). KRP klinik olarak pitriazis versikolora benzerlik göstermekte ve kolayca karışabilmektedir. Bu yazımızda hekimlerin aşına olması gerektiğini düşündüğümüz bir KRP olgusunu sunduk.

KAYNAKLAR

1. Atasoy M, Aliğaoğlu C. Is confluent and reticulated papillomatosis without papillomatosis early or late stage of confluent and reticulated papillomatosis? *J Cutan Pathol* 2006;33(Suppl 2):52-4.
2. Atasoy M, Aliğaoğlu C, Erdem T. A case of early onset confluent and reticulated papillomatosis with an unusual localization. *J Dermatol* 2006;33(4):273-7.
3. Erkek E, Ayva S, Atasoy P, Emeksiz MC. Confluent and reticulated papillomatosis: favourable response to low-dose isotretinoin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(11):1342-3.
4. Ferreira LM, Diniz LM, Ferreira CJ. Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud: report of three cases. *An Bras Dermatol* 2009;84(1):78-81.
5. Gönül M, Cakmak SK, Soylu S, Kiliç A, Gül U, Ergül G. Successful treatment of confluent and reticulated papillomatosis with topical mupirocin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22(9):1140-2
6. Atasoy M, Ozdemir S, Aktaş A, Aliğaoğlu C, Karakuzu A, Erdem T. Treatment of confluent and reticulated papillomatosis with azithromycin. *J Dermatol* 2004;31(8):682-6.
7. Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ. Confluent and reticulate papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome): a minocycline-responsive dermatosis without evidence for yeast in pathogenesis. A study of 39 patients and a proposal of diagnostic criteria. *Br J Dermatol* 2006;154(2):287-93.