

OLGU SUNUMU

Oğuz Küçükçakır¹
Zehra Gürlevik¹
Hülya Albayrak¹
M. Emin Yanık¹
Akif Kuzey²

¹Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Dermatoloji AD,
Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Patoloji AD, Düzce

İletişim Adresi

Dr. Oğuz Küçükçakır
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD. Düzce
Tel: 0 506 6808860
Email: amigdala16@hotmail.com

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

Dissemine Süperfisyel Aktinik Porokeratoz: Olgu Sunumu

ÖZET

Porokeratoz varyantları arasında yer alan “Dissemine aktinik süperfisyel porokeratoz”, nadir görülen keratinizasyon bozukluğu hastalıklarından biridir. Kırk beş yaşındaki erkek hastanın kol ve gövdesinde anuler tarzda lezyonları vardı. Histopatolojik incelemesinde ‘cornoid lamella’ bulgusu gözlemlendi. Nadir görülmesi sebebiyle vakayı sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Dissemine Aktinik Süperfisyel Porokeratoz

Disseminated Superficial Actinic Porokeratosis: Case Report

ABSTRACT

Disseminated superficial actinic porokeratosis (DSAP), one of the variants of porokeratosis, is rarely seen disorder of keratinization. A 45-year-old man had annular plaques on his arms and trunk. Because of rarity, we aimed to present this case.

Key words: Disseminated Superficial Actinic Porokeratosis

GİRİŞ

Porokeratosis, epidermal keratinizasyon bozukluğuyla karakterizedir ve tipik olarak ortası atrofik, çevresinde çıkıntılı yaka oluşturacak şekilde genişleyen keratinizasyon bozukluğudur. En az beş klinik varyantı tanımlanmış ve bunlar porokeratosis Mibelli, Dissemine süperfisyel aktinik porokeratoz (DSAP), porokeratosis palmaris et plantaris disseminata (PPPD), lineer ve punktat porokeratosis dir (1). Porokeratosis Mibelli, tipik olarak infant veya çocukluk döneminde ekstremitelerde plak şeklinde ortaya çıkar. Daha nadir varyantlardan olan porokeratosis ptychotropica, gluteal bölgeyi tutar ve çoğu kez psoriaziform dermatiti taklit eder (2). DSAP en sık görülen tiptir ve erişkinlerde bacaklarda multipl ince plaklar şeklinde ortaya çıkar. Lineer porokeratoz’daki plaklar klasik porokeratozdakilere benzer; farklı olarak plaklar Blaško çizgilerini izler ve en yaygın olarak ekstremiteleri tutar. Punktat porokeratoz, adolesan

döneminde avuç içi ve ayak tabanında papüller şeklinde gözlenir. Porokeratosis palmaris et plantaris disseminata (PPPD), punktat porokeratoz’ın vücudun her bölgesinde görülen varyantıdır (3). Porokeratozun klinik varyasyonu ne olursa olsun, tüm subtiplerindeki histopatolojik bulgu tipiktir ve periferal sınır boyunca uzanan kornoid lameller içerir (4).

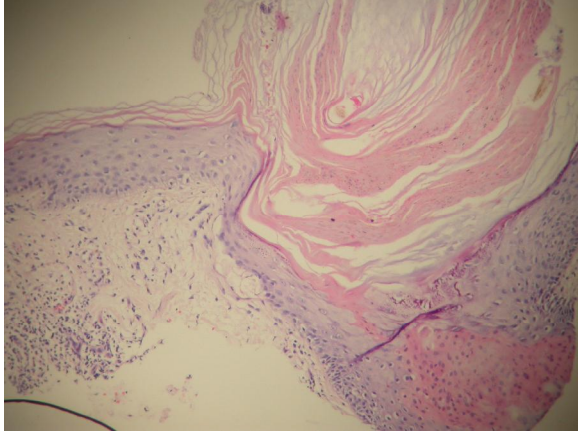
OLGU

45 yaşında erkek hasta 2 yıl önce göbek ve sırt bölgesinde başlayan ve zamanla kollarına da yayılan kaşıntısız, kahverengi lekeler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Sistemik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Sistemik muayenede ve laboratuvar değerlerinde anormal bulguya rastlanmadı. KOH testi negatif saptandı. Dermatolojik muayenesinde gövde ve üst ekstremitede, multipl, kahverengi, anüler, 3-8 mm

boyutlarında, asemptomatik, hiperkeratotik kenarla çevrili, plak tarzı lezyonlar saptandı (**Resim 1**). 4 mm'lik punch biyopsi ile yapılan histopatolojik inceleme sonucu stratum korneumda karakteristik kornoid lameller içeren parakeratoz ve keratin dolu epidermal invajinasyon saptandı (**Resim 2**). Hasta tedavi önerilerimizi kabul etmedi.



Resim 1. Sırt bölgesinde multipl, kahverengi, anüler, 3–8 mm boyutlarında, hiperkeratotik kenarla çevrili, papüler keratotik lezyonlar.



Resim 2. Stratum korneumda karakteristik kornoid lameller içeren parakeratoz ve keratin dolu epidermal invajinasyon (H&Ex100)

TARTIŞMA

DSAP, porokeratoz'un klinik varyantlarından en sık görülenidir ve 30–50 yaş arasında, vücudun güneş ışınlarına maruz kalan bölgelerinde ortaya çıkan, 1–20 mm boyutlarında porokeratotik lezyonlarla karakterizedir (5). DSAP, otozomal dominant geçiş gösterir (6). Immunsupresyon, DSAP'ın ortaya çıkmasında veya yayılmasında bir faktör olabilir (7). Diğer risk faktörleri güneş ışını, travma ve

radyasyon tedavisidir (8). Oral ve topikal PUVA tedavisi sonrası gelişen DSAP olguları bildirilmiştir (9,10). James ve ark. (11), foliküler lenfomanın radyoterapi ile tedavisi sırasında gelişen segmental porokeratoz olgusu bildirmişlerdir. DSAP lezyonları en sık olarak güneşe maruziyetin baskın olduğu kolların ve bacakların ekstansör yüzlerinde görülmektedir (5). Daha az sıklıkla lezyonlar gövde ve yüzde de görülebilir. DSAP lezyonları güneşten tam olarak korunan bölgeler olan saçlı deri, aksilla, perine veya müköz membranlarda görülmez (12). DSAP lezyonları tipik olarak asemptomatiktir; fakat lezyonun ortasından skuamöz hücreli veya bazal hücreli kanser gelişebilir (13).

Porokeratoz'un ayırıcı tanısında anüler karakterde aktinik keratoz lezyonları düşünülmelidir. Aktinik keratoz'da kornoid lameller saptanabilmekle birlikte, ek olarak değişik oranda epidermal atipik hücreler gözlenir. Lineer porokeratoz ayırıcı tanısına ise İnflamatuvar Lineer Epidermal Nevüs (İLVEN), İnkontinensia Pigmenti ve lineer liken planus gibi lineer lezyonlar girer ve hiçbirinde kornoid lameller gözlenmemektedir (14).

DSAP için çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur. Topikal 5- fluorourasil'in, porokeratozis Mibelli'yi etkili şekilde tedavi ettiği saptanmış; fakat DSAP'ın tedavisinde etkisi sınırlı kalmıştır (13). Etreinate gibi oral retinoidlerle tedavi sonrası tipik olarak relapsların gözlenmesi ve yanma, kaşıntı, ağrılı lezyonların görülmesi nedeniyle kullanımı tartışmalıdır (15). Malign lezyonların tedavisi total eksizyondur. Benign lezyonların eksizyonu da sık kullanılan tedavi yöntemidir fakat skar bırakabilir. Dermabrazyon ve CO₂ lazer tedavisi çoğu kez etkili olmasına rağmen, rekürrenslerin görülmesi, hospitalizasyon gerektirmesi, anestezi, yara bakımı ve uzun iyileşme süresi gibi dezavantajları mevcuttur (15). Nd: YAG lazer ve Q-switched ruby lazer ile başarılı tedavi sağlanmıştır (15,16). Vitamin-D3 analogları diğer bir tedavi seçeneğidir. Böhm ve ark. (17) topikal tacalcitol ile başarılı şekilde tedavi edilen DSAP olgusu bildirmiştir. Yine Harrison ve ark. (18) calcipotriol'e cevap veren DSAP olgusu bildirmişlerdir. Likit nitrojenle yapılan kriyoterapi de uygulanan yöntemlerden biridir. Nayeemuddin ve ark. fotodinamik tedavi uyguladığı üç DSAP hastasında fotosensitizan olarak topikal 5- aminolevulinik asit (5-ALA) kullanmış; fakat başarı elde edememiştir (19). Cavicchini ve Turlaki (20), fotosensitizan ilaç olarak topikal metil aminolevulinat ile başarılı tedavi edilen DSAP olgusu bildirmişlerdir.

Sonuç olarak gövde ve kollardaki anüler plak tarzındaki lezyonlarda DSAP ayırıcı tanıda düşünülmeli ve malin dönüşüm açısından takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Freedberg IM EA, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology and general medicine. New York: McGraw Hill, 2003.
2. Stone N, Ratnavel R, Wilkinson JD. Bilateral perianal inflammatory verrucous porokeratosis (porokeratosis ptychotropica). Br J Dermatol 1999;140:553-5.
3. Bologna JL. Dermatology, 2nd ed. New York: Mosby, 2003.
4. Elder ED, Elenitsas R, Johnson B, Murphy RG. Lever's histopathology of the skin, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005; 145.
5. Shumack SP, Commens CA. Disseminated superficial actinic porokeratosis: a clinical study. J Am Acad Dermatol 1989; 20 : 1015–1022.
6. Anderson DE, Chernosky ME. Disseminated superficial actinic porokeratosis. Arch Dermatol 1969;99:408-412.
7. Manganoni AM, Facchetti F, Gavazzoni R. Involvement of epidermal Langerhans cells in porokeratosis of immunosuppressed renal transplant patients. J Am Acad Dermatol 1989;21:799–801
8. Kanitakis J, Euvrard S, Faure M, Claudy A. Porokeratosis and immunosuppression. Eur J Dermatol 1998;8:459-465.
9. Allen AL, Glaser DA. Disseminated superficial actinic porokeratosis associated with topical PUVA. J Am Acad Dermatol 2000;43:720-2.
10. Schwarz T, Seiser A, Gschnait F. Disseminated superficial actinic porokeratosis. J Am Acad Dermatol 1984; 11: 724–730.
11. James AJ, Clarke LE. Segmental porokeratosis after radiation therapy for follicular lymphoma. J Am Acad Dermatol 2008; 58:849-852.
12. Neumann RA, Knobler RM, Jurecka W, Gebhart W. Disseminated superficial actinic porokeratosis: experimental induction and exacerbation of skin lesions. J Am Acad Dermatol 1989;21:1182-1188.
13. Spencer LV. Porokeratosis. eMedicine. Available at: <http://www.emedicine.com/derm/topic343.htm>. Accessed September 2010.
14. Cockerell CJ, Larsen F. Neoplasms of the skin. In: Bologna JL, ed. Dermatology. 2nd edition. Elsevier: Mosby, 2008; 1661-1901.
15. Liu H. Treatment of lichen amyloidosis (LA) and disseminated superficial porokeratosis (DSP) with frequencydoubled Q-switched Nd:YAG laser. Dermatol Surg 2000;26:958–62.
16. Margarita S, Lolis, Ellen S, Marmur. Treatment of disseminated superficial actinic porokeratosis (DSAP) with the Q-switched ruby laser. Journal of Cosmetic and Laser Therapy. 2008; 10: 124–127.
17. Böhm M, Luger TA. Disseminated superficial actinic porokeratosis: Treatment with topical tacalcitol. J Am Acad Dermatol 1999;40:479-480.
18. Harrison PV, Stollery N. Disseminated superficial actinic porokeratosis responding to calcipotriol. Clin Exp Dermatol 1994;19:95.
19. Nayeemuddin FA, Wong M, Yell J, Rhodes LE. Topical photodynamic therapy in disseminated superficial actinic porokeratosis. Clin Exp Dermatol. 2002;27:703–706.
20. Cavicchini S, Turlaki A. Successful treatment of disseminated superficial actinic porokeratosis with methyl aminolevulinate-photodynamic therapy. J Dermatol Treatment. 2006; 17: 190–191.