

EDITÖRE MEKTUP/LETTER TO THE EDITOR

Leser-Trelat belirtisi mi Leser-Trelat sendromu mu?

Leser-Trelat sign or Leser-Trelat syndrome?

Hüseyin Savaş Göktürk¹, Gülhan Kanat Ünler¹, Recep Dursun²

¹Baskent University Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology, ²Department of Dermatology, Konya, Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(2):406-407.

Sayın Editör,

Leser-Trelat (LT) belirtisi, ciltte seboreik keratozların aniden ortaya çıkması veya mevcut keratozların haftalar içinde sayılarının ve büyüklüklerinin artmasıdır¹. Birçok kaynakta altta yatan bir maligniteyi işaret eden kutanöz paraneoplastik bir belirteç olarak kabul edilmektedir. En sık gastrointestinal sistem kanserleri olmak üzere hematolojik, meme ve akciğer kanserleri ile de birliktelikleri raporlanmıştır². Ciltte ani başlayan ve haftalar içinde artan ancak yapılan araştırmalara ve sonrasında iki yıllık takibe rağmen malignite gelişimi gösterilemeyen seboreik keratoz olgusunu sunmayı amaçladık.

Aniden ortaya çıkan ve bir ay içinde giderek sayısı ve boyutları artan özellikle gövdede ve sırtta yerleşen, kaşıntısız cilt lezyonları nedeniyle Dermatoloji Polikliniği'ne başvuran 80 yaşında erkek hasta malignite araştırılması amacıyla kliniğimize yönlendirildi. Bilinen hiperlipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan hastanın dermatolojik muayenesinde göğüs ön yüzünde, boyunda ve sırtında çok sayıda kahverengi-siyah, sınırları net seçilen, hiperkeratotik, makülo-papüler lezyonlar izlendi. Altta yatan malignite olasılığına yönelik olarak yapılan laboratuvar incelemelerinde ve tüm abdomen ultrasonografik incelemede malignite düşündürülecek bulgu izlenmedi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopisi de normal bulunan hastaya toraks ve tüm abdomen bilgisayarlı tomografi uygulandı ancak malignite ile uyumlu görünüm saptanmadı. Ürolojik muayenesi ve baş boyun muayenesinde de seboreik keratoz

oluşumuna yol açabilecek bir patoloji saptanmaması üzerine hasta takibe alındı. Periyodik fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile iki yıllık sürede malignite gelişmediği bununla birlikte bir ay içinde ortaya çıkan seboreik keratozların sayısında ve boyutlarında da değişiklik meydana gelmediği izlendi.



Resim 1. Sırt ve gövdenin sağ yanındaki çok sayıda kahverengi-siyah seboreik keratozlar

Derinin sık görülen benign ve tümöral lezyonları arasında yer alan seboreik keratoz, epidermal keratinositlerden köken alan, değişik boyutlarda, düzensiz yüzeyle, sıklıkla kahverengi tonlarında, çoğunlukla kaşıntısız, tek veya çok sayıda papül, nodül veya plaklar şeklinde görülen lezyonlardır. Etiyopatogenezi net olarak ortaya konulamamış olsa

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hüseyin Savaş Göktürk, Baskent Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Konya, Turkey, E-mail: savasgokturk@yahoo.com

Geliş tarihi/Received: 02.10.2015 Kabul tarihi/Accepted: 18.01.2016

da, paraneoplastik olarak ortaya çıkan lezyonların tümörden salgılanan büyüme faktörlerinin keratinositler üzerindeki proliferatif etkisi ile geliştiği öne sürülmektedir. Bununla birlikte genetik yatkınlığı olan bireylerde (Fibroblast Growth Factor receptor-3 (FGFR3) ve kronik ultraviyole hasarının oluşumunu kolaylaştırdığı düşünülmektedir³.

Müköz membranlar, el ve ayak tabanları dışında vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilmekle birlikte sıklıkla gövdenin üst kısmında (%76), el sırtında (%38) ve yüzde (%21) yerleşmektedir^{1,2}. Bizim olgumuzda da göğüs ön yüzünde, boyunda ve sırtında çok sayıda kahverengi-siyah, sınırları net seçilen, hiperkeratotik, makülo-papüler lezyonlar mevcuttu ve kaşıntısızdı (Resim 1).

İleri yaştaki insanların büyük bölümünde az veya çok sayıda irili ufaklı seboreik keratozlar bulunabilir. Bazen bir hastada yüzlerce hatta binlerce lezyon tüm vücuda dağılmış olarak bulunabilir. Genellikle bu tablo uzun yıllar içinde yavaş yavaş oluşur ve sistemik hastalık yönünden özel bir önem taşımaz. Ancak, vücudun değişik bölgelerinde ani olarak ortaya çıkan, sayıları bir anda artan veya hızlı büyüme gösteren çok sayıda seboreik keratozların varlığı Leser-Trélat belirtisi olarak tanımlanmıştır. Bu belirtinin internal malignitelere, özellikle de gastrointestinal adenokanserler (mide, kolon), bazen de meme kanseri, akciğer kanseri, genitouriner ve lenfoproliferatif malignitelere eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu belirtinin maliniteden önce, sonra ve bazen de malinite ile eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. LT benzeri cilt lezyonlarının HIV enfeksiyonu, yaygın dermatit ve kalp transplantasyonu gibi malignite ilişkili olmayan durumlarda da ortaya çıkabileceği bildirilmiştir. Bu tablo bazen pruritus ve akantozis nigrikans ile birlikte de olabilmektedir^{4,5}.

Malignite ile birlikteliği iyi tanımlanmış olan çok sayıda dermatolojik belirtiyi "Paraneoplastik Dermatoz" olarak tanımlanmaktadır. Bazı otörler tarafından bu ilişkinin ortaya konulabilmesi için gereken ölçütler öne sürülmüştür. Bu kriterlere göre; hem neoplastik hastalık hem de paraneoplastik

bulgu eş zamanlı ortaya çıkmalı, birbirlerine paralel seyir göstermeli, cilt lezyonu genetik bir sendrom ile ilişkili olmamalı, paraneoplastik belirtiyi ile ilişkilendirilen spesifik bir neoplastik hastalık olmalıdır⁶. Literatürde çok sayıda olgu bulunsa da yaş ile birlikte hem malignitelerin hem de seboreik keratozların sıklığının artması nedeniyle bazı otörler tarafından paraneoplastik olarak kabul edilmesi tartışmalıdır. Ani başlayan ve süratle çoğalan seboreik keratoz olgularında Leser-Trelat Belirtisi, eşlik eden malignite saptanması durumunda ise Leser-Trelat Sendromu olarak tanımlanması önerilmiştir^{7,8}.

Gastrointestinal kanserler ile ilişkili olabilecek cilt lezyonlarının tanınması primer hastalığın daha erken saptanması ve belirli durumlarda prognozun daha iyi olmasına katkıda bulunabilmektedir. Sonuç olarak, LT belirtisi paraneoplastik bir sendrom olarak kabul edebilirse de bu belirtiyeye olguların tamamında bir iç organ malignitesinin eşlik etmediği de unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schwartz RA. Sign of Leser-Trélat. J Am Acad Dermatol. 1996;35:88-95.
2. Safa G, Darrieux L. Leser-trélat sign without internal malignancy. Case Rep Oncol. 2011;4:175-7.
3. Ellis DL, Yates RA. Sign of Leser-Trélat. Clin Dermatol. 1993;11:141-8.
4. Hsu C, Abraham S, Campanelli A, Saurat JH, Piguet V. Sign of Leser-Trélat in a heart transplant recipient. Br J Dermatol. 2005;153:861-2.
5. Inamadar AC, Palit A. Eruptive seborrheic keratosis in human immunodeficiency virus infection: a coincidence or 'the sign of Leser-Trélat'? Br J Dermatol. 2003;149:435-6.
6. Moore RL, Devere TS. Epidermal manifestations of internal malignancy. Dermatol Clin. 2008;26:17-29.
7. Ahmad B, Pierson N, Adnan MM, Phan M, Jenkins J, Pant S et al. Distant skin metastases as primary presentation of gastric cancer. J Community Support Oncol. 2015;13:156-8.
8. Canpolat F, Cemil BÇ, Eskioğlu F, Çoban İ. Leser-Trelat belirtisi. Dermatoz. 2010;1:15-7.