

Akne sonrası gelişen bir anetoderma olgusu

A case of anetoderma after acne vulgaris

Semih Güder¹, Hüsna Güder²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Dermatoloji, İstanbul, Türkiye

²Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji, İstanbul, Türkiye

İletişim: semihguder@gmail.com

ÖZET

Anetoderma sebebi bilinmeyen, dermal elastik doku miktarında azalmayla karakterize kutanöz bir hastalıktır. Tipik olarak deride hafif bir herniasyon ve palpasyonla hastalıklı deride gevşeklik izlenir. Primer formu idiopatik olup sekonder formu inflamatuvar, enfeksiyöz ve otoimmün hastalıklara bağlı gelişebilir. Ailesel formları da bildirilmiştir. Nadir görülmesi ve yüzün diğer benzer lezyonlarıyla karışabilmesi sebebiyle bu vakayı sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: anetoderma, akne

SUMMARY

Anetoderma is a cutaneous disease of unknown etiology, characterized by a decrease in the amount of dermal elastic tissue. Typically, a slight herniation of the skin and palpation of the diseased skin are observed. The primary form is idiopathic and may develop secondary to inflammatory, infectious and autoimmune diseases. Familial forms have also been reported. We present a case of anetoderma which developed after acne because of its rarity.

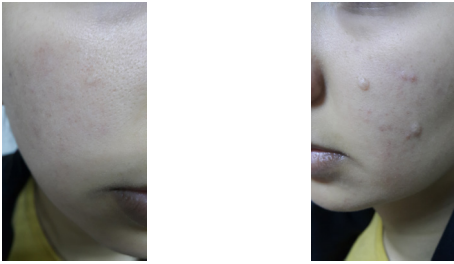
Keywords: anetoderma, acne

GİRİŞ

Anetoderma sebebi bilinmeyen, dermal elastik doku miktarında azalmayla karakterize kutanöz bir hastalıktır. Tipik olarak deride hafif bir herniasyon ve palpasyonla hastalıklı deride gevşeklik izlenir. Primer formu idiopatik olup sekonder formu akne, lupus eritematozus, Sjögren sendromu, granülom anulare, otoimmün tiroid hastalığı, sifiliz, molluskum, lepra, Lyme hastalığı, tüberküloz ve inflammatuar, enfeksiyöz ve otoimmün hastalıklara bağlı gelişebilir. Ailesel formları da bildirilmiştir. Tedavisinde antifibrinolitik ilaçlar, antimalaryaller, radyofrekans ablasyon, fraksiyone lazerler kullanılabilir. Tedavisi bulunmamaktadır.

OLGU

18 yaşında kadın yanaklarda yara izleri şikayetiyle başvurdu. Öncesinde ve halen akne öyküsü de mevcuttu. Bir yıl önce sol yanakta küçük gevşek deri bölgesi farketmiş. Son altı ayda her iki yanakta birer adet daha farketmiş. Muayenede her iki yanakta sağda bir, solda iki adet deriden kabarıklık palpasyonla içe doğru çöken gevşek papüler lezyonlar izlendi. (Resim 1 ve 2).



Mukozalar normaldi. Lezyonların birinden anetoderma, atrofoderma, atrofik skatris ön tanılarıyla 3 mm lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme anetoderma ile uyumlu idi. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, tiroid, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Tiroid otoantikörleri, anti borrelia IgG, antifosfolipid antikörler, vdrl, anti HIV, HbsAg ve anti HCV negatifti. Akciğer grafisi normal olup, PPD 18 mm ölçüldü. ANA iki pozitif, homojen granüler paternde saptandı. SLE'ye ait klinik ve diğer laboratuvar bulgular negatifti. Benzer hastalık açısından aile öyküsü yoktu.

TARTIŞMA

İlk olarak 1892 de Jadassohn tarafından rapor edilmiştir. Şu ana kadar literatürde yüzlerce olgu bildirilmiştir. Genç erişkinlerde özellikle de kadınlarda sık görülür. Patogenezi bilinmemektedir. Elastin yıkımında inflammatuar hücrelerden elastaz, IL - 6, projelatin A ve B salınımı ve makrofajlar tarafından işletilen fagositoz

suçlanmaktadır (1). İlaveten dermal damarlarda gelişen mikrotrombozun da iskemiye yol açarak elastik dokuda dejenerasyona yol açtığını düşündüren bulgulara rastlanılmıştır (3).

Anetoderma primer (idiopatik), sekonder veya ailesel olabilir. Primer anetoderma iki ana formda sınıflanır. İlki öncesinde inflammatuar lezyonun olduğu Jadassohn- Pelizzari tipi, diğeri ise öncesinde herhangi bir inflammatuar lezyonun izlenmediği Schweninger-Buzzi tipi. Sekonder anetoderma ise çeşitli inflammatuar, enfeksiyöz, otoimmün hastalıklar, tümörler ve bazı ilaçlar sonrasında gelişebilir (1). (Tablo 1).

İnfeksiyöz	Varisella, folikülit, sifiliz, molluscum, tüberküloz, lepra, HIV, Lyme hast., post hepatit immunizasyonu
İlaçlar	penisilamin
İnflammatuar	Akne, mastositoz, liken planus, granülom anulare, juvenil ksantogranülom, sarkoidoz, lenfositoma kutis, prurigo nodularis
Otoimmün	Diskoid ve sistemik lupus eritematozus, antifosfolipid sendromu
Tümörler ve depozisyonlar	Pilomatikoma, melanostik nevüs, dermatofibroma, involü infantil hemanjom, nodüler amloidoz, plazmositoma, immünohistoma, ksantomlar

Genellikle gövde, proksimal ekstremiteler ve nadiren boyun ve yüzde yerleşen 0,5-1 cm çapında deri rengine yakın pembemsi maküller izlenir. Saçlı deri, el ve ayak tabanları genellikle korunur. Maküllerin çapları haftalar içinde 2-3 cm'ye ulaşabilir. Zamanla yüzeyi atrofik bir makül haline gelebilir, belirgin bir atrofi görülmeyebilir de. Dermal elastin parçalandığından deri gevşek bir halde olup palpasyonla içeri doğru herniye olur. Bu bulgu nörofibromlardaki düğme iliği işaretiyle idantiktir. Lezyonlar sayıca bir taneden yüzlerceye ulaşabilir. Yaşam boyunca değişmeden kalırlar. Yıllar içinde yeni lezyonlar oluşmaya devam edebilir (1,2).

Histopatolojisinde primer olarak papiller ve mid-retiküler dermisteki elastik dokunun tama yakın kaybı izlenir. Perivasküler lenfositik infiltrasyon, nadiren plazma hücreleri, histiyositler ve granülom formasyonları gözlenebilir. DIF boyamada dermo-epidermal bileşkede ve dermal damarlar çevresinde immunglobulin ve kompleman depozitleri izlenebilmekle beraber bu bulgu diagnostik değildir (1).

Ayırıcı tanısına atrofoderma, posttravmatik skarlar, papüler elastoreksis, nevus lipomatozis süperfisialis, ekstragenital liken sklerozis gibi hastalıklar alınabilir (1,3).

Penisilin, antifibrinolitik ilaçlar (örn. epsilon-aminokaproik asit) , i.l. triamnisolon, aspirin, dapson, kolşisin, hidroksiklorokin, fraksiyone CO2 lazer, radyofrekans ablasyon, dermabrazyon, TCA peeling, dolgu enjeksiyonları ve sınırlı sayıda lezyonlarda cerrahi eksizyon çeşitli tedavi seçenekleri olup halen etkili bir tedavisi bulunmamaktadır. (1,2).

SONUÇ

Tipik klinik görünümleri sebebiyle tanısının kolaylıkla atlanmayacağı, primer ve sekonder ayrımının yapılarak hasta için uygun bir tedavi seçmenin önemli olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1- Dermatology second edition. Jean L. Bologna, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. 2003; 1506-1508.
- 2- Primary anetoderma in a young male involving palms, soles and the scalp: rarest of the rare. Jain N, Rathore BS, Bhardwaj A, Bansal R. Indian J Dermatology 2015; 60(2):215.
- 3- Eruptive Anetoderma in a Patient with Systemic Lupus Erythematosus. Nam-Ji Jeong, Seung-Bae Park, Myung Im, Young-Joon Seo, Jeung-Hoon Lee, Young Lee. Ann Dermatology 2014; Vol. 26, No. 5.