

KONFLUENT VE RETİKÜLER PAPİLLOMAZTOZİSLİ İKİ OLGU SUNUMU

Two Case Reports With Confluent and Reticulated Papillomatosis

Gülhan GÜREL¹ (0000-0001-5716-8750), Sevinç ŞAHİN² (0000-0002-9409-8138), Emine ÇÖLGEÇEN¹ (0000-0001-9651-6068)

ÖZET

Konfluent ve retiküler papillomatosis, 1927 yılında Gougerot ve Carteaud tarafından ilk kez tanımlanmıştır. Nadir görülen bu hastalık daha çok adolesanları etkileyen, birleşmeye eğilimli retiküler paternde hiperkeratotik lezyonlarla karakterizedir. Patofizyolojisi halen net olarak bilinmemektedir, tedaviye dirençlidir ve rekürrensler sık görülmektedir. Pitriyazis versikolor, akantozis nigrikans, prurigo pigmentosa, Darier hastalığı, epidermal nevüs, kutanöz amiloidoz, Dowling-Degos hastalığı, iktiyozis, seboreik dermatit ve parapsoriasis gibi hastalıklar da ayırıcı tanıda akla gelmelidir. KRP'nin tedavisi oldukça zordur. Tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik retinoidler, topikal kalsipotriol, topikal 5 fluorourasil, topikal antifungaller, mupirosin, topikal takrolimus, oral amoksisilin, eritromisin, azitromisin, minosiklin, fototerapi ve dermabrazyon yer almaktadır. Burada 14 yaşında ve 25 yaşında konfluent ve retiküler papillomatosis tanısı konulan iki kadın olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Isotretinoin; Konfluent ve retiküler papillomatosis; Pitriyazis versikolor*

ABSTRACT

Confluent and reticulated papillomatosis was first described in 1927 by Gougerot and Carteaud. It is a rare disease that predominantly affects adolescents and is characterized by hyperkeratotic lesions that coalesce into a reticulated pattern. Pathophysiology is still unclear, treatment is resistant and recurrences are common. Diseases such as pityriasis versicolor, acanthosis nigricans, prurigo pigmentosa, Darier's disease, epidermal nevus, cutaneous amyloidosis, Dowling-Degos disease, ichthyosis, seborrheic dermatitis and parapsoriasis should be considered in the differential diagnosis. Treatment of confluent and reticulated papillomatosis is very difficult. Treatment options of confluent and reticulated papillomatosis included topical and systemic retinoids, topical calcipotriol, topical 5 fluorouracil, topical antifungals, mupirocin, topical tacrolimus, oral amoxicillin, erythromycin, azithromycin, minocycline, phototherapy and dermabrasion. Here we present two cases of 14-year-old and 25-year-old female diagnosed as confluent and reticular papillomatosis.

Keywords: *Isotretinoin; Confluent and reticular papillomatosis; Pityriasis versicolor*

¹Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları A.D, Yozgat

²Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.D, Yozgat

Gülhan GÜREL, Dr. Öğr. Üyesi
Sevinç ŞAHİN, Doç. Dr.
Emine ÇÖLGEÇEN, Doç. Dr.

İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Gülhan Gürel,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
66200 Yozgat, Türkiye.
Tel: 90-354- 2127060
e-mail:
gulhanozturkgurel@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 11.01.2019
Kabul tarihi/Accepted: 28.03.2019
DOI: 10.16919/bozoktip.511933

Bozok Tıp Derg 2019;9(3):157-160
Bozok Med J 2019;9(3):157-160

Giriş

Konfluent ve retiküler papillomatozis (KRP), 1927 yılında Gougerot ve Carteaud tarafından ilk kez tanımlanmıştır (1). Nadir görülen bu hastalık daha çok adolesanları etkileyen, birleşmeye eğilimli retiküler paternde hiperkeratotik lezyonlarla karakterizedir (2). Lezyonlar epigastrik, interskapular ve intermammaryal bölge gibi özellikle seboreik bölgelerde daha sık görülmektedir (3). KRP'in patofizyolojisi halen net olarak bilinmemektedir, tedaviye dirençlidir ve rekürrensler sık görülmektedir (4).

Burada 14 yaşında ve 25 yaşında KRP tanısı konulan iki kadın olgu sunulmaktadır.

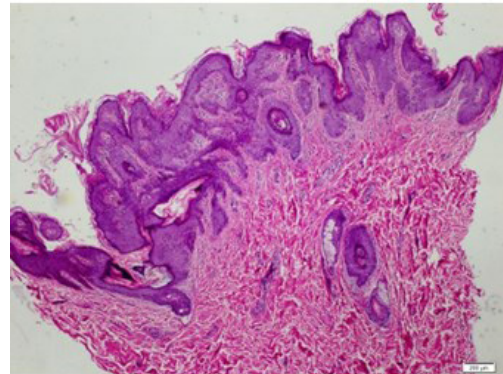
OLGU SUNUMU

OLGU 1

Ondört yaşındaki kadın hasta, polikliniğimize ense, meme arası ve meme altlarında koyu renk döküntü şikayeti ile başvurdu. Hikayesinden yaklaşık 1 yıl önce ensede renk değişikliği olup ardından boyuna ve gövdeye yayıldığı, pitriyazis versikolor tanısı ile çok defa antifungal ilaçlar kullandığı fakat fayda görmediği öğrenildi. Lezyonların kozmetik görüntüsü dışında şikayet tariflemiyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın herhangi bir ilaç kullanımı mevcut değildi. Hastanın vücut kitle indeksi normal sınırlardaydı. Adet düzensizliği tariflemiyordu. Sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde ense, boyun, meme arası ve meme altlarında üzeri ince skuamli, hiperkeratotik, birleşme eğiliminde kahverengi yama ve plaklar mevcuttu (Resim 1, 2). Lezyondan alınan kazıma preparatının potasyum hidrositle incelenmesinde mantar spor ve hif yapıları gözlenmedi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Lezyondan alınan punch biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde fokal parakeratoz, yer yer papillomatöz ve belirgin irregüler akantoz izlendi. Yüzeysel dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı (Resim 3). Klinik ve histopatolojik bulgularla KRP tanısı konulan hastaya 20 mg/gün (0,5 mg/kg/gün) oral isotretinoin tedavisi başlandı. Dört hafta sonraki kontrolde tüm lezyonların tamamen gerilediği gözlemlendi (Resim 4, 5). Hasta halen takibimizde olup, tedavisi devam etmektedir.



Resim 1,2: Olgu 1'in ense, boyun, meme arası ve meme altlarında ince skuamli, hiperkeratotik, birleşme eğiliminde kahverengi yama ve plaklar



Resim 3: Olgu 1'e ait deri biyopsisinin ışık mikroskopik görünümü (Hematoksilin-eozin boyası, x40).

OLGU 2

Yirmibeş yaşında kadın hasta, polikliniğimize meme arası ve meme altlarında kahverengi renk değişikliği nedeni ile başvurdu. Lezyonların yaklaşık 3 yıldır olduğunu belirten hasta herhangi bir şikayet tariflemiyordu.

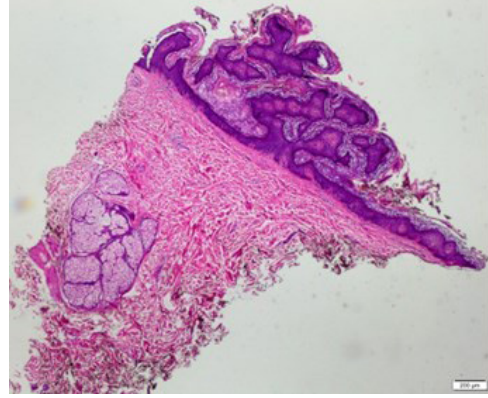
Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. İlaç kullanma öyküsü mevcut değildi. Hastanın vücut kitle indeksi normal sınırlardaydı. Adet düzensizliği tariflemiyordu. Sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Dermatolojik muayenede, meme arasında ve bilateral meme altlarında koyu kahverengi, kadifemsi, birleşme eğiliminde papül ve plaklar mevcuttu (Resim 6). Lezyondan alınan kazıma preparatının potasyum hidroksitle incelemesinde mantar spor ve hif yapıları saptanmadı. Hastanın açlık kan şekeri, tam kan sayımı, biyokimyası ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Histopatolojik incelemede ortokeratoz, papillomatöz, belirgin irregüler akantoz ve bazal tabakada melanin pigment artışı izlendi. Yüzeysel dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı (Resim 7). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla KRP tanısı konuldu. Tedavi beklentisi olmayan hastaya takip önerildi.



Resim 4: Olgu 1'in oral isotretinoin tedavisi sonrası lezyonlarının görünümü



Resim 5: Olgu 2'nin meme arasında ve bilateral meme altlarında koyu kahverengi, kadifemsi, papül ve plaklar



Resim 6: Olgu 2'ye ait deri biyopsisinin ışık mikroskopik görünümü (Hematoksilin-eozin boyası, x40).

TARTIŞMA

KRP, nadir görülmesinin yanında doktorlar tarafından da iyi bilinmeyen bir hastalıktır. Bu nedenle sıklıkla tanı konulması ve tedavi verilmesi de gecikmektedir (5).

KRP etiyojisi ile ilgili farklı teoriler öne sürülmüştür. Malassezia furfur'a karşı abartılı kutanöz yanıt, insülin direnci gibi endokrin bozukluklar, ultraviyole ışığının neden olduğu epidermal değişim, amiloid birikimi ve keratin 16 mutasyonu gibi pek çok tetikleyici faktör üzerinde görüş birliği bulunmamaktadır (6). Daha sonraki yıllarda elektron mikroskopunun da yardımıyla KRP, histolojik özellikleri, keratolitiklere ve retinoidlere verdiği yanıt nedeniyle anormal keratinizasyon nedeniyle ortaya çıkan bir epidermis hastalığı olarak kabul edilmeye başlanmıştır (7). Günümüzde bakterilerin bu hastalıkla ilişkisi tartışılmaktadır. Natarajan ve ark. 17 yaşında KRP'lu bir olguda Rhodococcus'a benzeyen yeni bir aktinomiçes türü izole etmişlerdir (8). Jones ve ark. immünsüpresyonu olmayan bir KRP olgusundan aerobik, gram pozitif aktinomiçes olan Dietzia papillomatosis'i izole etmiş ve KRP gelişiminde rol oynayan enfeksiyöz neden olduğunu savunmuşlardır (9). Güncel yayınlar, bakteri süperantijenlerinin, çeşitli sitokinleri indüklenmesi yoluyla keratinositlerde hücre adezyon molekülü ekspresyonunu indükleyebileceğini öne sürmektedir (10).

KRP'un öncelikle pitriyazis versikolor ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Her iki olgumuzdan da hazırlanan kazıma preparatında mantar spor ve hif yapıları gözlenmemiştir. Buna ilaveten akantozis nigrikans,

prurigo pigmentosa, Darier hastalığı, epidermal nevüs, kutanöz amiloidoz, Dowling-Degos hastalığı, iktiyozis, seboreik dermatit ve parapsoriasis gibi hastalıklar da ayırıcı tanıda akla gelmelidir (3,4,11). KRP, bozulmuş glukoz toleransı, hiperinsülinemi, hipotiroidizm, diabetes mellitus ve polikistik over sendromu gibi bazı endokrin anormallikler ile birlikte gözlenebilmektedir (12). Bu nedenle bu hastalar değerlendirilirken sistemik semptomların varlığı açısından da sorgulanmalıdır.

KRP tanısı daha çok klinik görünüm ile konur fakat diğer karışabileceği hastalıkları dışlamak için cilt biyopsisi yapılabilir. Son yıllarda, dermoskopik değerlendirme KRP tanısı koymada noninvaziv bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Dermoskopide, beyazımsı skuamlar ve kahverengi kaldırım taşı benzeri alanların varlığı ayırıcı yararlı olabilir (13).

KRP'nin tedavisi oldukça zordur (11). Tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik retinoidler, topikal kalsipotriol, topikal 5 fluorourasil, topikal antifungaller, mupirosin, topikal takrolimus, oral amoksisilin, eritromisin, azitromisin, minosiklin, fototerapi ve dermabrazyon yer almaktadır (2,3,6,11,14). Carlin ve ark. tarafından bildirilen KRP'lu olguya 1 mg/kg/gün dozunda oral isotretinoin tedavisi başlanmış, iki hafta içinde yanıt alınmış ve doz azaltılarak kesilmiştir (15). Birinci olgumuza 20 mg/gün (0,5 mg/kg/gün) olacak şekilde oral isotretinoin tedavisi başladı ve 4. hafta kontrolünde tüm lezyonların tamamen gerilediğini gözlemledik. Böylece daha düşük oral isotretinoin dozlarında bile bu hastalıkta etkili sonuçlar alınabileceği sonucuna vardık.

KRP'lu bu iki olguyu nadir görülmesi, özellikle pitriyazis versikolor gibi hastalıklar ile kolaylıkla karışabilmesi ve oral isotretinoin ile oldukça etkili sonuçlar alınabilmesini vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis : a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7(5):305-13.
2. Tirado-Sánchez A, Ponce-Olivera RM. Tacrolimus in confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot Carteau. *Int J Dermatol.* 2013;52(4):513-4.
3. Ferreira LM, Diniz LM, Ferreira CJ. [Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteau: report of three cases]. *An Bras Dermatol.* 2009;84(1):78-81.

4. Treat JR, Barak OG, James WD. Nonpigmenting confluent and reticulated papillomatosis. *Pediatr Dermatol.* 2006;23(5):497-9.
5. Lee SW, Loo CH, Tan WC. Confluent and reticulated papillomatosis: Case series of 3 patients from Kedah, Malaysia and literature review. *Med J Malaysia.* 2018;73(5):338-9.
6. Lim JH, Tey HL, Chong WS. Confluent and reticulated papillomatosis: diagnostic and treatment challenges. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2016;9:217-23.
7. Jimbow M, Talpash O, Jimbow K. Confluent and reticulated papillomatosis: clinical, light and electron microscopic studies. *Int J Dermatol.* 1992;31(7):480-3.
8. Natarajan S, Milne D, Jones AL, Goodfellow M, Perry J, Koerner RJ. Dietzia strain X: a newly described Actinomycete isolated from confluent and reticulated papillomatosis. *Br J Dermatol.* 2005;153:825-7.
9. Jones AL, Koerner RJ, Natarajan S, Perry JD, Goodfellow M. Dietzia papillomatosis sp. nov., a novel actinomycete isolated from the skin of an immunocompetent patient with confluent and reticulated papillomatosis. *Int J Syst Evol Microbiol.* 2008;58(Pt 1):68-72.
10. Bernardes Filho F, Quaresma MV, Rezende FC, Kac BK, Nery JA, AzulayAbulafia L. Confluent and reticulate papillomatosis of Gougerot-Carteaud and obesity: dermoscopic findings. *An Bras Dermatol.* 2014; 89(3): 507-9.
11. 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.
12. Fite LP, Cohen PR. Polycystic Ovarian Syndrome-associated Confluent and Reticulated Papillomatosis: Report of a Patient Successfully Treated with Azithromycin. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2017;10(9):30-5.
13. Errichetti E, Maione V, Stinco G. Dermatoscopy of confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017;15(8):836-8.
14. Atasoy M, Ozdemir S, Aktaş A, Aliağaoğlu C, Karakuzu A, Erdem T. Treatment of confluent and reticulated papillomatosis with azithromycin. *J Dermatol.* 2004;31(8):682-6.
15. Carlin N, Marcus L, Carlin R. Gougerot-Carteaud Syndrome Treated with 13-cis-retinoic Acid. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2010;3(7):56-7.