

Konflüan ve Retiküle Papillomatöz: Doksisisikline Yanıt Veren Bir Olgu Sunumu

Confluent and Reticulated Papillomatosis: A Case Responsive to Doxycycline

Muhterem Polat, Ferda Artüz, Sezer Kulaçoğlu*, Nurdan Lenk, Nuran Allı

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Dermatoloji Kliniği, *2. Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Konflüan ve retiküle papillomatöz (KRP) nedeni bilinmeyen nadir bir hastalık olup sıklıkla genç kadınları etkiler. Döküntü; konflüan, düz, kahverengi papüllerden oluşup esas olarak göğüs arası ve interskapüler bölgede ortaya çıkarak göğüs ve karın bölgesine yayılır. Papüllerin çevreye doğru yayılması ile pigmente ağsı bir patern oluşur. KRP'nin patofizyolojisi kesin olarak bilinmediğinden; antifungal ajanlar, salisilik asit, retinoidler, kalsipotriol, selenyum sülfid gibi çok çeşitli tedavi seçenekleri denenmiştir. Ancak bu tedavilerle alınan yanıt tatmin edici değildir. Yakın zamanda çeşitli antibiyotiklerin kullanıldığı olgular bildirilmiştir. Burada KRP tanısı alan ve doksisisikline iyi yanıt alınan 23 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 21-3*)

Anahtar kelimeler: Konflüan ve retiküle papillomatöz, tedavi, doksisisiklin

Summary

Confluent and reticulated papillomatosis (CRP) is a rare disorder of unknown origin, mostly affecting young female adults. The eruption comprises confluent, flat, brown papules localized primarily to the intermammary and interscapular regions with subsequent spread to the breast and abdomen. At the periphery, the papules spread out forming a pigmented reticulated pattern. As the exact pathophysiology of CRP remains unknown, various treatment modalities have been proposed, such as antifungal agents, salicylic acids, retinoids and selenium sulfide. However, response to those modalities has been unsatisfactory. Recently, treatment with various antibiotics has been reported. We report a case of a 23-year-old woman diagnosed with CRP who responded well to the antibiotic doxycycline. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 21-3*)

Key words: Confluent and reticulated papillomatosis, therapy, doxycycline

Giriş

Konflüan ve retiküle papillomatöz (KRP) Gougerot ve Carteaud'un konflüan ve retiküle papillomatosisi olarak da bilinen, nadir görülen bir dermatolojik hastalıktır. İlk kez 1927 yılında bildirilmiştir (1-3). Olguların çoğunluğu sporadiktir, ancak famiyal olgular da bildirilmiştir (4-6). KRP'nin patofizyolojisi kesin olarak bilinmediğinden; antifungal ajanlar, salisilik asit, retinoidler, kalsipotriol, selenyum sülfid gibi çok çeşitli tedavi seçenekleri denenmiştir. Ancak bu tedavilerle alınan yanıt tatmin edici değildir. Yakın zamanda çeşitli antibiyotiklerin kullanıldığı olgular bildirilmiştir (4,7,8).

Olgu

Yirmi üç yaşında kadın hasta; sırt, göğüs, kol üst kısmı ve karın bölgesinde yer alan, yavaş ilerleme gösteren, kozmetik rahatsızlık dışında başka bir şikayete yol açmayan kahverengi maküler lezyonlar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin yaklaşık iki yıldır olduğu öğrenildi. Herhangi bir ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın özgeçmiş ve soy geçmişi de bir özellik yoktu. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde; interskapüler bölge, sırt, göğüs, kolların üst kısmı ve abdominal bölgede, ağsı şekilde kahverengimsi maküler lezyonlar izlendi (Şekil 1). Hiperpigmente lezyonlardan hazır-

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Dr. Muhterem Polat, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye E-posta: drmuhterempolat@mynet.com

Bu olgu II. Ege Dermatoloji Günleri'nde poster olarak sunulmuştur.

lanan kazıma preparatının potasyum hidroksitle incelemesinde mantar enfeksiyonuna ait hiçbir belirti yoktu. Ayrıca lezyonların Wood lambası ile yapılan incelemesi de bir özellik göstermiyordu. Yapılan rutin laboratuvar incelemeleri normal olup, endokrin sistemle ilgili bir bozukluk yoktu. Lezyonlu deriden alınan punch biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste hafif hiperkeratoz ve papillomatoz, ayrıca bazı retelerde hafif uzama izlendi ve bu bulgularla KRP ile uyumlu olarak değerlendirildi (Şekil 2). Klinik ve histopatolojik olarak KRP tanısı alan hastaya doksisisiklin 100 mg/gün olacak şekilde başlandı ve 12 hafta süresince kullanıldı. Tedaviye başladıktan 3 ay sonra lezyonların belirginliğinde azalma oldu, yaklaşık 6 ay sonra da lezyonlar hemen hemen tümüyle kayboldu (Şekil 3). Hastanın takipleri sırasında herhangi bir yan etki ortaya çıkmadı.

Tartışma

KRP, nadir görülen bir dermatolojik hastalıktır (1). Döküntü göğüs ve karın bölgesine yayılan, birleşmiş düz, kahverengi papüllerdir. Papüllerin çevreye doğru yayılması ile pigmente ağırsı bir görünüm oluşur (2). Bizim olgumuzda lezyonlar, interskapüler bölge, sırt, göğüs, kolların üst kısmı ve abdominal bölgede yerleşmiş, kahverengimsi maküller şeklinde olup ağırsı bir yapı sergilemekteydi.

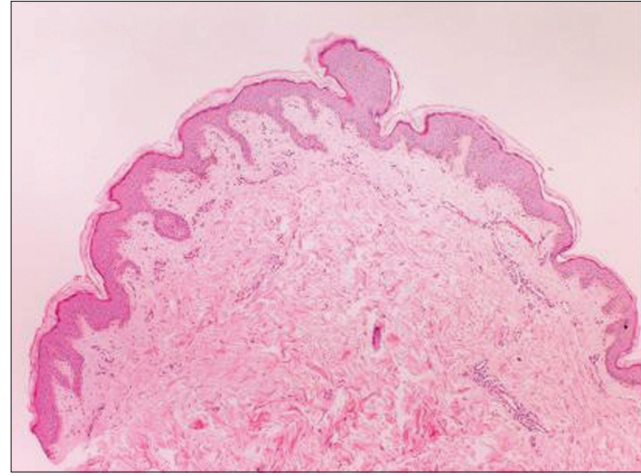
KRP bazı hastalıklarla karışabilmektedir. Özellikle benign akantozis nigrikans, psödoakantozis nigrikans, tinea versikolor, amiloidozis kutis, Dowling-Degos sendromu ve iktiyoz ayırıcı tanıda düşünülmelidir (3,4). Akantozis nigrikansla ve KRP pateminden farklılık gösterir. Psödoakantozis nigrikans obesiteyle birlikte ortaya çıkıp kilo verilmesiyle ortadan kaybolma ile karakterizedir. Tinea versikolorlarda potasyum hidroksit ile incelemede veya biyopsi örneğinde Malassezia furfur'a ait hifler görülür. Amiloidozis kutiste histopatolojik bulgular KRP'den farklılık gösterir. Dowling-Degos sendromu ise bir genodermatoz olup papillomatozis gözlenmez. İktiyoz ise farklı klinik ve histopatolojik patern gösteren bir genodermatozdur (2). Bizim olgumuzda pigmente lezyonlardan hazır-



Şekil 1. Sırtta hiperpigmente, retiküler görünümde lezyonlar

lanan kazıma preparatının potasyum hidroksitle incelemesinde mantar enfeksiyonuna ait hiçbir belirti yoktu. Ayrıca lezyonların Wood lambası ile yapılan incelemesi de bir özellik göstermiyordu. Diğer karışabilecek hastalıklara ait bulgular da yoktu. Histopatolojik bulguların desteğiyle de hastaya KRP tanısı konuldu.

KRP'nin en sık siyah ırklı kadınlarda görüldüğü belirtilmiş, ancak günümüzde bu bilgi geçerliliğini yitirmiştir. Hastalık genellikle 2. ve 3. dekadlarda ortaya çıkıp, kadınlarda daha sık görülmektedir (3,4). Olguların çoğunluğu sporadiktir, ancak familial olgular da bildirilmiştir (4-6). KRP'nin patofizyolojisi



Şekil 2. Papillomatoz, hiperkeratoz, akantoz, ve rete çıkıntılarında hafif uzama (HE X40)



Şekil 3. Tedavi sonrası lezyonlarda düzelme

tam olarak bilinmemektedir, ancak iki olası teori vardır; funguslara anormal konakçı yanıtı ve anormal keratinizasyon. Fotosensitivite, genetik faktörler ve amiloidozis kutisin de hastalığın ortaya çıkmasında rol oynayabileceği söylenmektedir. Son zamanlarda ise özellikle bakterilerin hastalıkla ilişkili olabileceğinden bahsedilmektedir (7). KRP'nin patofizyolojisi kesin olarak bilinmediğinden; antifungal ajanlar, salisilik asit, retinoidler, kalsipotriol, selenyum sülfid gibi çok çeşitli tedavi seçenekleri denenmiştir. Ancak bu tedavilerle alınan yanıt tatmin edici değildir. Yakın zamanda çeşitli antibiyotiklerin kullanıldığı olgular bildirilmiştir (4,7,8). KRP'nin "siklin" grubu antibiyotiğe yanıtı ilk kez 1965 yılında Carteaud tarafından tanımlanmış, daha sonra farklı yazarlar tarafından da minosiklinle başarı sağlandığı belirtilmiştir. Günümüzde doksisisiklin, eritromisin ve azitromisin gibi farklı antibiyotiklere yanıt veren olgular bildirilmiştir (7).

Bakterilerin KRP patogenezindeki rolü tam olarak bilinmemektedir. Stafilokoklar seyrek olarak keratinizasyon bozukluklarındaki deri lezyonlarından izole edilmektedir. Ayrıca toksik şok sendromu toksini gibi bir süperantijen veya diğer stafilokok kökenli toksinler keratinizasyonu etkiliyor olabilir. Bazı yazarlar; bakteriyel süperantijenlerin keratinositlerdeki hücre adezyon molekül ekspresyonunu çeşitli sitokinler aracılığıyla indüklüyor olabileceğini belirtmektedir (4,7).

KRP'de antibiyotiklerin etki mekanizması halen kesinlik kazanmamıştır (4,7). Antibiyotiklerin anti-inflamatuar özellikleri KRP'de belirgin olarak rol oynamıyor gibi görünmektedir, çünkü klinik ve histopatolojik olarak inflamasyon belli belirsizdir. Bunun yerine antibiyotiklerin etkilerini, epidermal proliferatif değişiklikleri indüklemekten sorumlu bakteriyel ajanları

elimine ederek göstermesi daha olasıdır. Bu teori farklı antibiyotiklerin KRP'de iyi etki göstermesi ile pekiştirilmiştir (7). Bizim hastamızda da görüldüğü üzere doksisisikline iyi yanıt alınması KRP patogenezinde bakterilerin rol oynadığı hipotezini desteklemekte ve doksisisiklinin KRP tedavisinde etkili bir alternatif ajan olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Doksisisikline yanıt alınan daha çok sayıda KRP olgusunun bildirilmesi bu ilacın KRP'deki başarısını güçlendirecektir.

Kaynaklar

1. Ginarte M, Fabeiro JM, Toribio J. Confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud) successfully treated with tacalcitol. *J Dermatol Treat* 2002;13: 27-30.
2. Carrozzo AM, Gatti S, Ferranti G, et al. Calcipotriol treatment of confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome). *JEADV* 2000;14: 131-3.
3. Bowman PH, Davis LS. Confluent and reticulated papillomatosis: response to tazarotene. *J Am Acad Dermatol* 2003;48: 80-1.
4. Atasoy M, Özdemir Ş, Aktaş A, et al. Treatment of confluent and reticulated papillomatosis with azithromycin. *J Dermatol* 2004;31: 682-6.
5. İnalöz HS, Patel GK, Knight AG. Familial confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol* 2002;138: 276-7.
6. Schwartzberg JB, Schwartzberg HA. Response of confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud to topical tretinoin. *Cutis* 2000;66: 291-3.
7. Jang HS, Oh CK, Cha JH, et al. Six cases of confluent and reticulated papillomatosis alleviated by various antibiotics. *J Am Acad Dermatol* 2001;44: 652-5.
8. Shimizu S, Han-Yaku H. Confluent and reticulated papillomatosis responsive to minocycline. *Dermatology* 1997;194: 59-61.