

# Türk Dermatoloji Dergisi

Cilt 3 Sayı 4 Aralık 2009  
Vol. Issue December

Turkish Journal of Dermatology

## Orjinal Araştırma / *Orjinal Article*

Çocuklarda Kondiloma Aküminata  
*Childhood Condyloma Acuminata*

K. Didem Yazganoğlu ve ark.; İstanbul, Türkiye

## Derleme / *Review*

Psoriatik Tırnak Tanı ve Tedavisi  
*Diagnose and Treatment of Nail Psoriasis*

Pınar Kulluk ve ark.; Kayseri, Türkiye



## Editör/Editor

Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

## İngilizce Danışmanı/English Consultant

Alison Kademoğlu, Kayseri, Türkiye

## Editör Yardımcısı/Associate Editor

Ayten Ferahbaşı, Kayseri, Türkiye

## Biyoistatistik Danışmanı/Biostatistical Consultant

Mehmet Orman, İzmir, Türkiye

## Danışma Kurulu/Editorial Board

Vahide Baysal Akkaya, Isparta, Türkiye  
Varol L. Aksungur, Adana, Türkiye  
Şebnem Aktan, İzmir, Türkiye  
Akın Aktaş, Erzurum, Türkiye  
Aynur Akyol, Ankara, Türkiye  
Nuran Allı, Ankara, Türkiye  
Köksal Alpay, Trabzon, Türkiye  
Erkan Alpsoy, Antalya, Türkiye  
Nilgün Atakan, Ankara, Türkiye  
Ertuğrul H. Aydemir, İstanbul, Türkiye  
Sema Aytekin, Diyarbakır, Türkiye  
Sevgi Bahadır, Trabzon, Türkiye  
Can Baykal, İstanbul, Türkiye  
Nilgün Bilen, Kocaeli, Türkiye  
Seher Bostancı, Ankara, Türkiye  
Ayşe Boyvat, Ankara, Türkiye  
Rana Anadolu Brasie, Ankara, Türkiye  
Y. Gül Denli, Adana, Türkiye  
Zülal Erbağcı, Gaziantep, Türkiye  
Cengizhan Erdem, Ankara, Türkiye  
Tülin Ergun, İstanbul, Türkiye  
Emel Erkek, Kırıkkale, Türkiye  
Gül Erkin, Ankara, Türkiye  
Emel Fetil, İzmir, Türkiye

Ayla Gülekon, Ankara, Türkiye  
Oya Gürbüz, İstanbul, Türkiye  
Mehmet Ali Gürer, Ankara, Türkiye  
Yavuz Harmaneri, İstanbul, Türkiye  
Güliz İkizoğlu, Mersin, Türkiye  
Nilsel İter, Ankara, Türkiye  
Ayşen Karaduman, Ankara, Türkiye  
Mehmet Karakaş, Adana, Türkiye  
Göksun Can Karaman, Aydın, Türkiye  
Ayşe Kavak, Düzce, Türkiye  
Rebiay Kıran, Kocaeli, Türkiye  
Osman Köse, Ankara, Türkiye  
Nihal Kundakçı, Ankara, Türkiye  
Zafer Kurumlu, Ankara, Türkiye  
Rıfkiye Küçüköğlü, İstanbul, Türkiye  
M. Cem Mat, İstanbul, Türkiye  
Hamdi R. Memişoğlu, Adana, Türkiye  
İnci Mevlitoğlu, Konya, Türkiye  
Oya Oğuz, İstanbul, Türkiye  
Nahide Onsun, İstanbul, Türkiye  
Meltem Önder, Ankara, Türkiye  
Güzin Özarmağan, İstanbul, Türkiye  
Fezal Özdemir, İzmir, Türkiye  
Şebnem Özkan, İzmir, Türkiye

Metin Özpoyraz, Adana, Türkiye  
Murat Orhan Öztaş, Ankara, Türkiye  
Günseli Öztürk, İzmir, Türkiye  
Serap Öztürkcan, Manisa, Türkiye  
Hayriye Sarıcaoğlu, Bursa, Türkiye  
Deniz Seçkin, Ankara, Türkiye  
Muhammer Seyhan, Ankara, Türkiye  
Sedef Şahin, Ankara, Türkiye  
M. Turhan Şahin, Manisa, Türkiye  
Hatice Şanlı, Ankara, Türkiye  
Ekin Şavk, Aydın, Türkiye  
Neslihan Şendur, Aydın, Türkiye  
Oktay Taşkapan, İstanbul, Türkiye  
Bülent Taştan, Ankara, Türkiye  
Şükran Tunalı, Bursa, Türkiye  
A.Yaşar Turanlı, Samsun, Türkiye  
Yalçın Tüzün, İstanbul, Türkiye  
Ümit Ulaş, İstanbul, Türkiye  
Soner Uzun, Adana, Türkiye  
İdil Ünal, İzmir, Türkiye  
Şahin Yazar, Antalya, Türkiye  
Ertan Yılmaz, Antalya, Türkiye  
Deniz Yücelten, İstanbul, Türkiye

## Türk Dermatoloji Derneği Adına Sahibi:

*The Owner / On behalf of the Turkish Society of Dermatology:*

Can Baykal, İstanbul, Türkiye

ISSN 1307-7635

## İletişim/Contact

Prof.Dr. Serap Utaş, Editör

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Tel. : +90 352 437 76 15 - 0352 222 02 00

Faks : +90 352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77

[www.turkdermatolojidergisi.com](http://www.turkdermatolojidergisi.com)

## AMAÇ VE KAPSAM

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin bilimsel içerikli resmi yayın organıdır; Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı yayınlanmaktadır. Türk Dermatoloji Dergisinin hedef kitlesi dermatologlardır. Türk Dermatoloji Dergisi'nde, bilimsel açıdan yüksek nitelikli araştırma makalelerinin yanı sıra, derleme, editör görüşü, editöre mektup ve olgu sunumlarını da kabul edilmektedir. Yayın dili Türkçe olan, bağımsız ve önyargısız hakemlik (peer-review) ilkelerine dayanan bir dergidir.

Türk Dermatoloji Dergisi EMBASE, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Index Copernicus ve DOAJ / ULAKBİM / TUBİTAK tarafından dizinlenmektedir.

Türk Dermatoloji Dergisi, dernek üyelerimize ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. Tüm makalelerin içerik, özet ve tam metinlerine [www.turkdermatolojidergisi.com](http://www.turkdermatolojidergisi.com) adresinden ulaşılabilir.

### Baskı İzinleri

Baskı izinleri için başvurular Editör ofisine yapılmalıdır.

Editör: Prof.Dr. Serap Utaş

Adres: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Telefon: 0352 437 76 15 - 0352 222 02 00

Faks: 0352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77

e-posta: [sutas@erciyes.edu.tr](mailto:sutas@erciyes.edu.tr)

[seraputas@gmail.com](mailto:seraputas@gmail.com)

[utass@yahoo.com](mailto:utass@yahoo.com)

### Reklam

Reklam ile ilgili başvurular yayınevine yapılmalıdır.

Yayınevi: AVES Yayıncılık

Adres: Kızılelma cad. 5/3 34096 Fındıkzade-İstanbul

Telefon: 0212 589 00 53

Faks: 0212 589 00 94

e-posta: [info@avesyayincilik.com](mailto:info@avesyayincilik.com)

Web sayfası: [www.avesyayincilik.com](http://www.avesyayincilik.com)

### Yazarlara Bilgi

Yazarlara Bilgi kısmına, dergi sayfalarından ve [www.turkdermatolojidergisi.com](http://www.turkdermatolojidergisi.com) adresinden ulaşılabilir.

### Materyal Sorumluluk Reddi

Türk Dermatoloji Dergisi'nde yayınlanan tüm yazılarda görüş ve raporlar yazar(lar)ın görüşüdür ve Editör, editöryel kurul ya da yayıncının görüşü değildir; Türk Dermatoloji Derneği, Editör, editöryel kurul ve yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Dergimizde acid-free kağıt kullanılmaktadır.

## AIMS AND SCOPE

Turkish Journal of Dermatology, is the official scientific publishing of The Turkish Society of Dermatology; it is published every three months, in March, June, September and December. The target audience of the Turkish Journal of Dermatology, is dermatologists. In addition to high quality research articles, Turkish Journal of Dermatology, includes reviews, editor view, letter to the editor and case reports. It is a periodical, published in Turkish and follows the rules of independent and unprejudiced peer review.

Turkish Journal of Dermatology is indexed in EMBASE, CINAHL, Gale/Cengage Learning, EBSCO, Index Copernicus and DOAJ / ULAKBİM / TUBİTAK databases.

Turkish Journal of Dermatology, is distributed free of charge to the members of the society. All content, summary and complete texts of the articles can be reached at: [www.turkdermatolojidergisi.com](http://www.turkdermatolojidergisi.com)

### Reprinting Permissions

Reprinting permission should be made to the office of the editor.

Editor: Prof.Dr. Serap Utaş

Address: Erciyes University Faculty of Medicine

Department of Dermatology, Kayseri, Turkey

Telephone: +90 352 437 76 15 - +90 352 222 02 00

Fax: +90 352 4377615/15 - +90 352 222 08 77

e-mail: [sutas@erciyes.edu.tr](mailto:sutas@erciyes.edu.tr)

[seraputas@gmail.com](mailto:seraputas@gmail.com)

[utass@yahoo.com](mailto:utass@yahoo.com)

### Advertising

All applications for advertising should be made to the publisher.

Publisher: AVES Yayıncılık

Address: Kızılelma cad. 5/3 34096 Fındıkzade-İstanbul, Turkey

Phone : +90 212 589 00 53

Fax: +90 212 589 00 94

e-mail: [info@avesyayincilik.com](mailto:info@avesyayincilik.com)

Web Page: [www.avesyayincilik.com](http://www.avesyayincilik.com)

### Information for authors

You can access the information for authors section from the pages of the journal and from [www.turkdermatolojidergisi.com](http://www.turkdermatolojidergisi.com)

### Rejection of material liability

All views and reports presented in the Turkish Journal of Dermatology, are the views of their respective authors and are not the views of neither the Editor nor the publisher; The Turkish Society of Dermatology, Editor, editorial board and the publisher assume no responsibility for these articles.

Acid-free paper is utilized for the production of our periodical.

## YAZARLARA BİLGİ

Türk Dermatoloji Dergisi, Türk Dermatoloji Derneği'nin süreli yayın organıdır ve yılda 4 sayı olarak yayınlanır. Tüm meslektaşlarımıza açık olan Türk Dermatoloji Dergisi, kendi alanındaki bilimsel gelişmeleri aktarmak amacıyla, deri ve zührevi hastalıklar ile ilgili klinik, epidemiyolojik ve deneysel araştırmaları, derleme yazıları, ilginç olgu sunumlarını, "tanınız nedir?" şeklindeki olgu sunumlarını, klinik ve pratik uygulamalara ilişkin yazıları, editöre mektupları ve editör yorumlarını yayınlar. Yazıların dergide yayınlanmak üzere kabul edilmesi için; orijinal, "kaynak" olarak kullanıma şansının yüksek ve bilimsel olarak üst düzeyde olması ön koşuldur.

Türk Dermatoloji Derneği tarafından düzenlenen bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler veya toplantı konuşmaları ek sayılar şeklinde yayınlanabilir.

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yazıların Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğü'ne ve Yeni Yazım Kılavuzu'na uygun olması gerekir.

Deneysel, klinik ve ilaç araştırmaları için ilgili uluslararası anlaşmalara uygun (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - <http://www.vma.net/policy/b3.htm>, "Guide for the care and use of laboratory animals - [www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) etik komisyon raporu gerekmektedir. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş veya endüstri firmalarıyla yapıldığı dip not olarak belirtilmelidir.

Makalelerin formatı "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (<http://www.icmje.org/>)" kurallarına göre düzenlenmelidir.

Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar başka yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Makaledeki tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Daha önce bilimsel toplantılarda sunulmuş ve kongre kitaplarında 200 kelimeyi geçmeyen özet bildirileri basılmış çalışmalar, sunulduğu bilimsel toplantı belirtilmek koşulu ile değerlendirilmeye alınır. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez ve yazar yazının tüm yayın haklarının, Türk Dermatoloji Derneği'ne ait olduğunu kabul eder. Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuksal sorumluluğu yazarlara aittir. Yayına kabul edilen yazılar için yazarlar, Türkçe ve İngilizce açısından olduğu gibi, metinde temel değişiklik yapmamak kaydı ile düzeltmelerin editörlere yapılmasını kabul etmiş sayılır. Editör, yayın kurallarına uymayan yazıları yayınlanmamak veya düzeltmek üzere yazarına geri göndermek ya da biçim olarak yeniden düzenlemek yetkisine sahiptir. Gönderilen yazılar, en az 2 danışman tarafından değerlendirildikten sonra yayın kararı ile yayınlanır. Gerekli olduğu takdirde bir danışmana gönderilebilir.

### Yazım Kuralları

Gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için, mütaka aşağıda belirtilen yazım kurallarına uygun olması gereklidir:

- Yazılar çift aralıklı ve 12 punto olarak, her sayfanın iki yanında ve alt ve üst kısmında 3 cm boşluk bırakılarak yazılmalıdır. Sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesinde yer almalıdır.
- Kullanılan kısaltmalar yazı içerisinde ilk geçtiği yerde, parantez içinde, açık olarak yazılmalı, özel kısaltmalar yapılmamalıdır. Yazı içindeki 1-10 arası sayısal veriler yazıyla, 10 ve üstü rakamla belirtilmelidir. Ancak, yanında tanımlayıcı bir takısı olan 1-10 arası sayılarla, cümle başındaki rakamlar yazıyla yazılmalıdır. Şekil ve tablolar metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tabloların yazılan üste, şekillerinki alta yazılmalıdır. Araştırma makaleleri ve derlemeler metin, şekil, tablo, kaynaklar dahil 10, kısa bildiriler ve olgu sunumları 5 sayfa geçmemelidir.
- Yazılar aşağıda belirtilen düzene uygun şekilde hazırlanmalıdır:

### Orijinal Araştırmalar

Şu şekilde düzenlenmelidir:

**Kapak sayfası:** Birinci sayfadır ve ayrı düzenlenir. Yazarların tam ve açık isimleri, son aldıkları akademik unvanları ile 50 karakteri geçmeyecek şekilde yazının başlığı yazılır. Yazarların ilgili oldukları kurum, bölüm ve şehir sıra ile bildirilir. Birden fazla yerde yapılan çalışmalar sembollerle açıklanır. Bu sayfanın altına yazılmaya yetkili, düzeltmeleri yapacak yazarın açık adı, posta ve e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yazılır. Ayrıca çalışma bilimsel toplantıda önceden bildirilen koşullarda tebliğ edildiği ya da özeti yayınlandı ise açıklama yapılır.

**Bölümlü özet (Türkçe):** Kelime sayısı 200'ü geçmemelidir. Bu özet Amaç, Yöntem, Bulgular ve Sonuç şeklinde alt başlıklarda düzenlenir. NLM MeSH terimleri ile uyumlu 6 tane anahtar kelime bölümlü özetin altında verilmelidir.

**Bölümlü özet (İngilizce):** Yukarıdaki sahifelerin kurallarına uymak koşulu ile hazırlanan İngilizce özetdir. İngilizce anahtar kelimeler Tıp Konuları Başlıkları'na (Medical Subject Headings: MeSH) uygun olarak verilmelidir. Tıp Konuları Başlıkları'nı (MeSH) aramak için şu internet adresine başvurulabilir: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

**Metin:** Giriş, Yöntemler, Bulgular, Tartışma ile Sonuçlar kısımlarını içermelidir. Bu son kısımda üretilen bilgiden hekimin ve hastasının nasıl yararlanacağı, çıkarılan olumlu ya da olumsuz sonuç mevcut bilgilere etkisi kısaca yazılmalıdır. Metnin özellikle tartışma kısmının alt başlıklara bölünmesi yararlı olabilir. Farmasötik ürünler jenerik veya ticari isimleriyle belirtilmelidir (jenerik isimler yeğlenir). Ticari isimler büyük harfle yazılmalı, firma ve firma şehri ürün adından hemen sonra parantezde belirtilmelidir. Teşekkür yazılacak ise, bilimsel katkı dışında araştırmannın yürütülmesine önemli katkıda bulunanlarla, yazının son şeklinin verilmesine yardım edenlerden bahsedilir. Bunu, kaynaklar, tablo ve şekiller izlemelidir. Tablo ve şekiller metin sonunda yer almalıdır. Her tablo ayrı bir sayfada çift aralıklı olarak yazılmalı ve metin içerisindeki dizine göre Arapik rakamlarla numaralandırılır. Tablo içeriğinin kısa tanımı başlık olarak tablonun üstüne yazılmalıdır. Şekiller, her yazı için en çok 6 adet kabul edilir. Metinde geçtiği sıraya göre Arapik rakamlarla numaralanmalıdır. Mikroskopik fotoğraflarda kullanılan boya, büyüme ölçütleri, şekil içerisinde uzunluk birimi (internal scale bar) belirtilmeli ve patolojik piyeslerde santimetrik şablon eklenmelidir. Hasta fotoğraflarında etik değerler korunmalıdır. Gerek histolojik gerek klinik fotoğraflar dijital ortamda yollanmalı ve basım için uygun netliğe olmalıdır. Şekiller, metin içerisinde kullanılacakları yerlere parantez içerisinde şekil

numarasıyla belirtilmeli, kaynaklar ve tablolardan sonra ayrı bir sayfada da liste halinde tüm şekillerin alt yazıları sunulmalıdır. Reprodüksiyon olan şekiller için izin mektubu gereklidir.

**Kaynaklar:** Aynı sayfada çift aralıklı düzenlenir. Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Metinde parantez içinde ve cümle sonunda belirtilmelidir. Dergi isimleri Index Medicus'a uygun kısaltılmalı, eğer Index Medicus'ta yer almıyorsa dergi adı tam olarak yazılmalıdır. Ardışık ikiden fazla kaynak kullanımında sadece ilk ve son kaynak numaraları belirtilmelidir (4-8 gibi). Kaynak gösterilen makalenin künyesinde 4 veya daha fazla yazar olduğunda ilk 3 yazarın ismi yazılmalı, sonrasında Türkçe kaynaklarda ve ark., yabancı dildeki kaynaklarda et al. ifadesi kullanılmalıdır. Dört veya daha az yazarlı makalelerde tüm yazarların isimleri yazılmalıdır. Kaynak sayısının araştırmalarda 50 ve derlemelerde 100, olgu sunumlarında da 15 ile sınırlandırılmasına özen gösterilmelidir.

Kişisel bilgi, yayınlanmamış veriler, baskıda gibi ulaşılmayan kaynaklar burada değil, metin içinde parantez ile sunulur. İki yıldan eski "abstract"lar kaynakçaya alınmamalıdır. Kaynakların gerçekliğinden yazarları sorumludur.

Kaynaklar Index Medicus'a uygun şekilde aşağıda örneklendiği gibi yazılmalıdır:

### Dergi Makaleleri

#### Standart makale

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21: 320-5.

#### Ek

Nanney LB, Caldwell RL, Pollins AC, et al. Novel approaches for understanding the mechanisms of wound repair. J Invest Dermatol 2006;126 Suppl: 132-9.

#### Mektup, Abstract ve Editorial

Verma SB. Subcutaneous emphysema: a rarity in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21: 248-9.

#### Kitaplar

#### Tek Yazarlı

Cohen BA. Pediatric dermatology. 2nd ed. London: Mosby;1999.

#### Yazar olarak editörler

Rietschel RL, Fowler JF, editors. Fisher's contact dermatitis. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001.

#### Kitapta bölüm

Zaenglein AL, Thiboutot DM. Acne vulgaris. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 1st ed. St Louis: Mosby;2003. p.531-44.

#### İnternet Makalesi

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides. Dermatology Online Journal. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/131/>.

#### Derleme

Derleme yazılarında ana metin yer almalıdır. Yazıda, konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak alt başlıklar kullanılmalıdır. Bir derleme yazısında; problemin içeriği, tarihi bilgiler, temel bilgiler, yöntem, hayvan ve insan deneyleri, tartışma, sonuç, öneriler ve gelecekte yapılacak çalışmalar gibi bölümlerin bulunması yararlı olacaktır. Yazının o konuda deneyim sahibi ve atıfta bulunulmuş uluslar arası yazarların olması tercih edilir.

#### Olgu sunumları

Olgu sunularında toplam sayfa sayısı 5'i geçmemelidir. Türkçe ve İngilizce başlık, Türkçe ve İngilizce özet, anahtar sözcükler, giriş, olgu ve tartışma bölümlerini içermelidir. Çok nadir görülen, yeni bir bulgunun ya da yeni bir birlikteliğin tanımlandığı, tanı ve tedavide güçlüğ gösteren veya yeni bir tedavi yönteminin uygulandığı ilgi çekici ve öğretici sunular yayınlanabilir.

"Tanınız nedir?" sunularında kısa bir giriş, problemin tanımlanması, ipucu niteliğindeki fotoğraf ve şekillerin sunulması, kesin tanı ve bu tanının tartışılarak eğitime yönelik mesajların vurgulandığı tartışma bölümü izlenmelidir.

Karşı / yandaş görüş yazıları üç sayfa; klinik pratik yazıları şekil, resim ve kaynaklarla birlikte üç sayfa aşmamalıdır.

#### Editöre mektup

Editöre mektup bölümünde, daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri ve katkı sağlamak amacıyla yazılar yazılabilir. Yazarlar, yayınlanan makaleler hakkında yorum içeren mektuplar dışında da okurlarımızın ilgi alanlarına giren konular veya özellikle eğitici olgular hakkında da Editöre mektup formatında yorumlarını sunabilirler. Bu yazılar özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalı, kısa ve öz olarak biçimlendirilmelidir. Mektubun sonunda yazarın adı ve tam adresi bulunmalıdır.

#### Editöryel Yorum

Dergide çıkan bir araştırmannın o konunun otörü kabul edilen bir uzman veya değerlendirmeye yapan hakemi tarafından kısaca değerlendirilmesi amacını güder. Sonunda klinik anlam ve kısa özet bulunur.

#### İletişim

Editör: Prof.Dr. Serap Utas  
Adres: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye  
Telefon: 0352 437 76 15 - 0352 222 02 00  
Faks: 0352 437 76 15/15 - 0352 222 08 77  
E-posta: [sutas@erciyes.edu.tr](mailto:sutas@erciyes.edu.tr)  
[seraputas@gmail.com](mailto:seraputas@gmail.com)  
[utass@yahoo.com](mailto:utass@yahoo.com)



## INFORMATION FOR AUTHORS

Turkish Journal of Dermatology, is a periodical published by the Turkish Society of Dermatology every three months. With the aim of communicating the scientific developments in its field, Turkish Journal of Dermatology, which is available for all our colleagues, features clinical, epidemiological and research studies about dermatological and venereal diseases, reviews, interesting case reports, presentations like "what is your diagnosis?", articles related to clinical and practical applications, letters to the editor, and editorial reviews. It is a prerequisite for any prospective article to have a potential to be used as an original "source" and to be scientifically upper level, in order to be accepted.

The presentations presented during the scientific meetings organized by the Turkish Society of Dermatology can be published as a supplement.

This journal is published in Turkish. The articles should be in accordance with the Turkish Dictionary of Turkish Language Institute and the New Writing Guide.

An approval of research protocols by ethic committee in accordance with international agreements (Helsinki Declaration of 1975, revised 2002 - available at <http://www.vma.net/e/policy/b3.htm>), "Guide for the care and use of laboratory animals - [www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) is required for experimental, clinical and drug studies. Any grants made to these studies - partial or total - should be stated as a deepnote indicating the name of the institution or company that made the grant.

Manuscripts format should be in accordance with Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication (available at <http://www.icmje.org/>)

The articles sent to be published in the journal shouldn't have been published anywhere else previously. All the authors indicated in the article should take part in the article with collective signatures that show their scientific contributions and responsibilities. The works which had previously been presented during scientific meetings and which have abstracts that are not longer than 200 words in the conference books, are reviewed for eligibility with the condition that the names of the scientific meetings they are presented in are indicated. No royalty is paid for the articles sent to the journal and the author accepts that all copyrights of the article belong to the Turkish Society of Dermatology.

Editor has the authority not to publish or to return to its author for correction, or to re-arrange and edit those articles which do not meet the requirements of editorial rules. Articles which are sent, are published after the decision of the publishing board, after being reviewed by at least two advisors. They can be sent to a third advisor when necessary.

### Preparation of Manuscripts

In order for the article to be reviewed immediately, it must meet the requirements of the below mentioned writing rules:

- Articles should be written with double space in 12 font size and right, left, upper and lower margins should all be 3 cm. Page numbers should be placed on the bottom right corner of every page.
- The abbreviations used, should be followed by their original words written clearly in brackets right where they are used, and no special abbreviations should be used. Numerical data between 1 and 10 should be indicated by words while those above 10 should be indicated by numbers. However, numbers between 1-10 that have a descriptive word near them and the numbers at the beginning of the sentences should be indicated by words. Figures and tables should be enumerated in the order of appearance in the text. The caption of the tables should be written above them while those of the figures should be written below. Research articles and article collections should not exceed 10 pages including the text, figures, tables and references, while short announcements and phenomenon presentations should not be longer than 5 pages.
- The articles should have the below mentioned order:

### Original Research

It should be organized as follows:

**Cover Page:** It is the first page and is organized separately. The Heading is written and should not be longer than 50 characters including the complete and unabbreviated names of the authors, and their academic titles. Their related institutions, department and the city is written in this order. Studies conducted at multiple locations should be explained using symbols. At the bottom of this page, the name, address, e-mail address, mail address, telephone and fax numbers of the authors chosen for correspondence and who will make the corrections will be written. Also, if the study had previously been announced during a scientific meeting in line with the previously mentioned conditions or its abstract was released, this should be indicated as well.

**Summary (Turkish):** It should not exceed 200 words. This summary should include sub-titles of Objective, Methods, Results and Conclusions. A section that includes six key words that are compatible with NLM MeSH terms, should be presented under the summary.

**Summary (English):** With the condition that it meets the requirements of the above mentioned pages, this summary is in English. English Key Words should be compatible with Headings of Medical Subjects (Medical Subject Headings: MeSH). You can access Medical Subject Headings (MeSH) from this web site: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

**Text:** It should include Introduction, Methods, Findings, Discussion and Results sections. In this last section, it should be noted how the patient and the physician can benefit from the information produced and the effect of the negative or positive result on the existing knowledge. It could be particularly beneficial to divide especially the discussion section into sub-titles. Pharmaceutical products should be indicated with their generic or commercial names (generic names are preferred). Commercial names should be written in capital letters and the producer company and the city should be indicated in brackets right after the commercial product name. If there will be any acknowledgements, in addition to scientific contributors, those who made a significant contribution to the flow of the study, and those who helped form the final form of the text should be mentioned.

This should be followed by references, tables and figures. Tables and figures should be at the end of the text. Every table should be in a separate page, and should be written in double space and should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. A short description of the table content should be indicated above the table. There can be a maximum of 6 figures for every text. They should be enumerated by Arabic numbers according to their order in the text. Any dyes, marks, scales, unit of distance used in the figure (internal scale bar) used in the microscopic

pictures should be indicated and a centimetrical template should be added for pathological pieces. Ethical rules should be followed, regarding patient pictures. Both histological and clinical photographs should be sent in digital format and should be suitable for printing. The figure numbers should be indicated in brackets in the text, and as a separate list after the references and the tables, captions of all figures should be provided. A permission letter is required for figures which are reproductions.

**References:** Shown in a separate page with double space. References are enumerated according to their order of appearance in the text. They should be shown in brackets in the text, and should be at the end of the sentences. Periodical names should be abbreviated according to Index Medicus, and if they are not found in Index Medicus, complete name of the periodical should be given. When more than two consecutive references are indicated, only the first and last reference numbers should be indicated (e.g. 4-8). When there are four or more authors in the tag of the article which is shown as a reference, the first three names should be written and then "ark." and "et. al." terms should be used in Turkish and English references respectively. When there are less than four authors, names of all authors should be indicated. It is preferred that number of references do not exceed 50 for research articles, 100 for reviews and 15 for case reports.

Inaccessible references such as personal information, unpublished data, or data at the stage of publishing, should not be indicated here, but should be indicated in brackets in the text. "Abstracts" more than two years old should not be included in the references. Authors are responsible for the originality of their references.

References should be written in accordance with Index Medicus, as shown below:

### For Journal Articles

#### Standard article

Stinco G, Bragadin G, Trotter D, et al. Relationship between sebostatic activity, tolerability and efficacy of three topical drugs to treat mild to moderate acne. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2007;21: 320-5.

#### Supplement

Nanney LB, Caldwell RL, Pollins AC, et al. Novel approaches for understanding the mechanisms of wound repair. *J Invest Dermatol* 2006;126 Suppl: 132-9.

#### Letter, Abstract and Editorial

Verma SB. Subcutaneous emphysema: a rarity in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2007;21: 248-9.

### For Books

#### Single author

Cohen BA. *Pediatric dermatology*. 2nd ed. London: Mosby;1999.

#### Editors

Rietschel RL, Fowler JF, editors. *Fisher's contact dermatitis*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001.

#### For chapters in books

Zaenglein AL, Thiboutot DM. Acne vulgaris. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP editors. *Dermatology*. 1st ed. St Louis: Mosby;2003. p.531-44.

#### For electronic media

Hunzeker CM, Fangman W, Latkowski JM. Folliculotropic mycosis fungoides *Dermatology Online Journal*. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/131/>.

### Review

In review, there should be the main text. Sub-titles that makes the subject easier to understand should be used. It would be helpful if the following are included in a review: content of the problem, historical information, basic information, method, animal and human studies, discussion, conclusion, suggestions and prospective studies. It is preferred when the author is experienced and has articles which have been referred to on an international scale.

### Case reports

Case reports should not exceed 5 pages. It should include headings in English and Turkish, a summary in English and Turkish, keywords, introduction, case and discussion sections. Interesting reports where rare, or new case or a new partnership is defined and presentations where a new treatment method is used or where diagnosis and treatment is challenging, may be published.

In the, "what is your diagnosis?" type reports, there should be a short introduction, followed by a definition of the problem, reports of pictures and figures that constitute hints, definite diagnosis and the discussion part where this diagnosis is discussed and messages related to education are emphasized.

Articles of opposite / supporting views should not exceed three pages and the clinical practice articles should not exceed three pages including figures, pictures and references.

### Letter to the editor

In this section, there can be articles written with the aim of criticizing and contributing to previously published articles. In addition to the letters including comments about the articles, the authors can present letters to the editor also about the issues of interest to the readers as well as cases which have educational value. Such letters should not include any summaries, references should be limited and should have a very basic format. The name and complete address of the author should be indicated at the bottom of the letter.

### Editorial Comment

It aims to provide a short review of a research covered in the periodical, by an expert considered as the author of that subject or by an arbiter making a comment on the issue. There will be a clinical meaning and short summary in the end.

### Correspondence

Editor: Prof.Dr.Serap Utaş

Address: Erciyes University Faculty of Medicine Department of Dermatology, Kayseri, Turkey

Telephone: +90 352 437 76 15 - +90 352 222 02 00

Fax: +90 352 437 76 15/15 - +90 352 222 08 77

E-mail: [sutas@erciyes.edu.tr](mailto:sutas@erciyes.edu.tr)

[seraputas@gmail.com](mailto:seraputas@gmail.com)

[utass@yahoo.com](mailto:utass@yahoo.com)

## İçindekiler

### Orjinal Araştırma

- 77 Çocuklarda Kondiloma Aküminata  
K. Didem Yazganoğlu, Leyla Mirzoyeva, Güzin Özarmağan, İstanbul, Türkiye

### Derleme

- 83 Psoriatik Tırnak Tanı ve Tedavisi  
Pınar Kulluk, Serap Utaş, Kayseri, Türkiye

### Olgu Sunumları

- 89 Metronidazol ve Diüretik ile Tedavi Edilen Atipik Yerleşimli Morbus Morbihan Olgusu  
Berna Aksoy, Hüseyin Üstün, Asuman Çelik, Hasan Mete Aksoy, Nilgün Atakan, Ankara, Türkiye
- 93 Enfeksiyon Kökenli Pitriyazis Likenooides et Varilioformis Akuta: Bir Olgu Sunumu  
Sibel Tekin, Meltem Türkmen, Bengü Gerçeker Türk, Gülşen Kandillioğlu, Can Ceylan, İzmir, Türkiye
- 97 Nadir Bir Vulvar Langerhans Hücreli Histiyoitoz Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi  
Didem Didar Balcı, Nihal Kundakçı, Mehmet Salih Gürel, Mehmet Yıldız, Çiğdem Asena Doğramacı, Bengü Nisa Akay, Hatay, Ankara, İstanbul, Türkiye

### Editöre Mektup

- 104 Bir Tinea Fasiyalis İnkognito Olgusu  
Nezih Karaca, Işıl Kılınç Karaarslan, İlgen Ertam, Derya Aytimur, İzmir, Türkiye

## Contents

### Original Article

- 77 Childhood Condyloma Acuminata  
K. Didem Yazganoğlu, Leyla Mirzoyeva, Güzin Özarmağan, İstanbul, Turkey

### Review

- 83 Diagnose and Treatment of Nail Psoriasis  
Pınar Kulluk, Serap Utaş, Kayseri, Turkey

### Case Reports

- 89 A Morbus Morbihan Case with Atypical Presentation Treated by Use of Metronidazole and Diuretic  
Berna Aksoy, Hüseyin Üstün, Asuman Çelik, Hasan Mete Aksoy, Nilgün Atakan, Ankara, Turkey
- 93 Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta Due to Infection: A Case Report  
Sibel Tekin, Meltem Türkmen, Bengü Gerçeker Türk, Gülşen Kandillioğlu, Can Ceylan, İzmir, Turkey
- 97 A Rare Case of Vulvar Langerhans Cell Histiocytosis and Review of the Literature  
Didem Didar Balcı, Nihal Kundakçı, Mehmet Salih Gürel, Mehmet Yıldız, Çiğdem Asena Doğramacı, Bengü Nisa Akay, Hatay, Ankara, İstanbul, Turkey

### Letter to the Editor

- 104 A Case of Tinea Facialis Incognito  
Nezih Karaca, Işıl Kılınç Karaarslan, İlgen Ertam, Derya Aytimur, İzmir, Turkey

## Çocuklarda Kondiloma Aküminata

### Childhood Condyloma Acuminata

K. Didem Yazganoğlu, Leyla Mirzoyeva, Güzin Özarmağan

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

#### Özet

**Amaç:** Çocuklarda ortaya çıktığında özel bir yaklaşım gerektiren kondiloma aküminata (KA)'nın çocuk hastalardaki klinik özellikleri, olası bulaş yolları ve tedavi şekillerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak 2004-Nisan 2009 yılları arasında tanı konulan 441 KA hastası arasında 12 yaş altı olan 13 KA olgusunun dosyaları retrospektif olarak değerlendirilerek klinik özellikleri ve tedaviye verdikleri yanıt gözden geçirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların tanı yaşları 1,5-12 yaş, hastalık süreleri ise 1,5 ay-11 yıl arasında değişmekteydi. Olguların dokuzu kadın, dördü erkekti (kadın/erkek: 2,3). On iki olguda (%92,3) perianal lokalizasyon mevcuttu. Beş hastanın ellerinde, ikisinin de aile bireylerinin ellerinde verruca vulgaris vardı. KA üç olgunun ailesinde mevcuttu. Hiçbir olguda cinsel istismar lehine kanıt yoktu. Yedi olguda tedaviyle tam düzelme gözlenirken, dört olguda tedavi sürüyordu. Bunların birinde atopik dermatit, diğerinde hiper-immunglobulin E sendromu eşlik ediyordu.

**Sonuç:** Çocuklarda KA, kız çocuklarında ve perianal bölgede daha sık görülmektedir. Geçiş yolunu saptamak çoğu zaman zordur. Cinsel istismar açısından hastaların değerlendirilmesi önem taşımakla birlikte cinsel yol dışı geçiş çocuklarda daha olasıdır. Tedavi seçenekleri erişkinler ile ortak olup, yanıt değişkendir. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009;3: 77-82*)

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, kondiloma aküminata, human papilloma virus, HPV, verruca, cinsel istismar

**Geliş Tarihi:** 26. 07. 2009

**Kabul Tarihi:** 22. 11. 2009

#### Abstract

**Objective:** Condyloma acuminata (CA) in children needs a special approach. Our purpose was to review the children with CA to find the clinical features, possible transmission modes and treatment modalities.

**Methods:** Thirteen cases of CA under the age of 12 within 441 CA patients diagnosed between the years of January 2004-April 2009 were retrospectively analyzed for the clinical characteristics and response to treatment.

**Results:** The age at presentation was between 1,5-12 years. The duration of disease was between 1,5 months to 11 years. Nine cases were female, four were male (female/male:2,3). Perianal localization was observed in twelve cases (92,3%). Five cases had verruca vulgaris located at another anatomical site. The relatives of two cases had hand warts. CA was present in the family of three cases. Sexual abuse was not confirmed in any of our cases. Seven patients had complete clearance after therapy. Two patients are unresponsive to therapy with associated diseases namely atopic dermatitis and hyper-immunoglobulin E syndrome.

**Conclusion:** CA in children is more common in girls, and more commonly located in the perianal area. The way of transmission is hard to identify, but non-sexual transmission is more possible. However, sexual abuse must be evaluated in every case. Treatment modalities are the same in adults, and response to treatment varies. (*Turkish Journal of Dermatology 2009;3: 77-82*)

**Key words:** Child, condyloma acuminata, human papilloma virus, HPV, verruca, sexual abuse

**Received:** 26. 07. 2009

**Accepted:** 22. 11. 2009

## Giriş

Kondiloma aküminata (KA) son yıllarda en sık rastlanan cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir (1). Çocuklarda gözlemlendiğinde, tedavinin bu yaşta zorluğu ve sık nüksler görülmesi nedeniyle çoğu zaman baş edilmesi güç olan bir durumdur. Ayrıca cinsel istismarın veya cinsel yolla geçişin tüm olgularda değerlendirilmesi gerekmekte ve bu durum sosyal bir sorun yaratabilmektedir. Bununla birlikte, erişkinlerden farklı olarak çocuklarda KA'nın cinsel yolla bulaşabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu makalede kliniğimizde görülen 13 çocuk KA hastasının klinik özellikleri, olası bulaş yolları ve tedavi şekilleri değerlendirilmiştir.

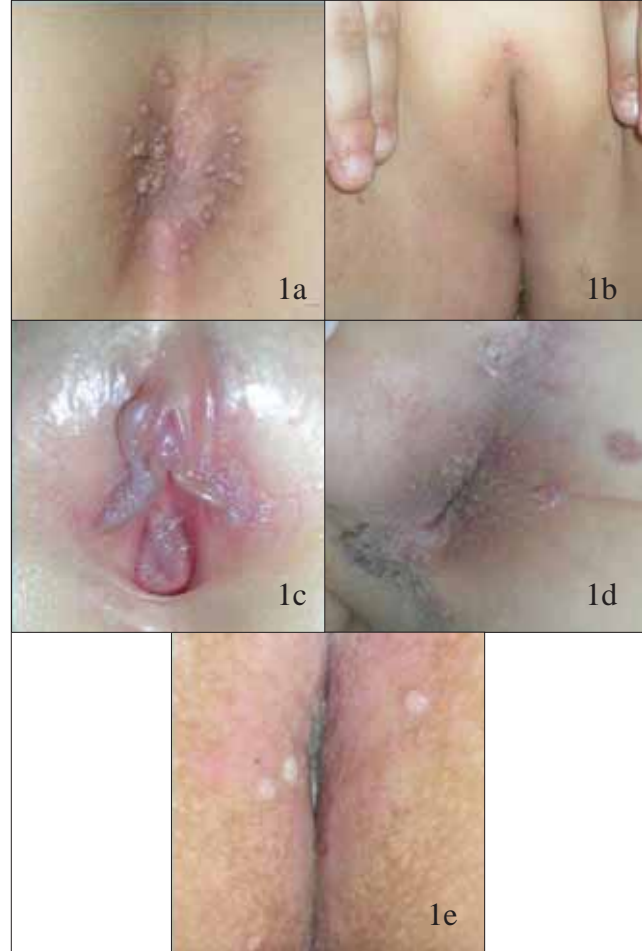
## Yöntemler

Ocak 2004-Nisan 2009 yılları arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar polikliniğinde tanı konulan toplam 441 KA hastası içinde 12 yaşın altında olan 13'ünün dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Cinsiyet, KA tanı yaşı, başlangıç yaşı, hastalık süresi, lokalizasyon, vücudun başka bir bölgesinde klinik human papilloma virus (HPV) enfeksiyonu (verruka), ailede veya çocuğa bakan kişilerde vücudun herhangi bir yerinde verruka, eşlik eden hastalık, verilen tedavi şekli, takip süresi ve hastanın son muayenedeki durumu açısından dosyalar tarandı. Tedavi verilen ancak dosyada takip bilgisi olmayan yedi hastanın ailelerine telefon edildi, bunların beşine ulaşıp hastalıklarının durumu hakkında bilgi alındı.

## Bulgular

KA hastaları içerisinde çocukların oranı %2,9'dur. Hastalar Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların 9'u kadın, 4'ü erkekti (kadın/erkek: 2,3). Başvuru anındaki yaşları 1,5-12 yaş (ortalama 6,5 yaş), başlangıç yaşları ise 6 ay-12 yaş (ortalama 5,4 yaş) arasındaydı. Beşinde (%38,5) başlangıç yaşı ikinin altındaydı (olgu 1, 9, 10, 12, 13). Hastalık süresi 1,5 ay-11 yıl arasında değişmekteydi. Takip süresi 6 ay ve daha uzun olan dokuz hasta vardı. Hastaların 12'sinde (%92,3) olmak üzere en sık rastlanılan lokalizasyon perianal bölgeydi. Bunların yedisinde sadece perianal tutulum mevcuttu. Cinsiyete göre lokalizasyon açısından değerlendirildiğinde erkeklerin tümünde sadece perianal tutulum varken, kızların birinde sadece genital, üçünde sadece perianal, beşinde ise hem genital hem de perianal tutulum mevcuttu (Şekil 1a, b, c, d, e).

Hastaların beşinin başka anatomik bölgelerinde de verruka lezyonları vardı. Bu beş hastanın birinin kız kardeşinde elde verruka (olgu 5), birinin babasında KA (olgu 4) mevcuttu. Birinin ise el lezyonları KA lezyonlarından sonra oluşmuştu (olgu 1). Bir hastanın anne ve babaannesinde el lezyonları varken, KA iki hastanın daha ailesinde vardı. Bunların birinde babada, birinde ise dede ve anneannede lezyonlar mevcuttu. Beş hastanın ise ne kendilerinde ne de ailelerinde verruka hikayesi yoktu. Cinsel yolla bulaşma veya istismar açısından



**Şekil 1a.** Perianal kondilomlu erkek çocuk (olgu 7)  
**1b.** Genital, perianal kondilomu ve ellerinde verrukası olan kız çocuk (olgu 5)  
**1c.** Kondilomlu bir kız çocukta genital bölge tutulumu (olgu 8)  
**1d.** Kondilomlu bir erkek çocukta perianal bölge tutulumu (olgu 11)  
**1e.** Hiper-IgE sendromlu çocukta perianal kondilom (olgu 3)

olgularımızın hepsi aileden alınan hikaye ve fizik muayene bulguları ile, bazıları ise Adli Tıp Anabilim Dalı ile beraber değerlendirilmiştir. Hiçbirinde cinsel istismar kanıtlanmamıştır.

Hastaların hepsi tedavi almıştı. Yedi hastada tedaviye uyumsuzluk veya yanıt alınamaması nedeniyle tedavi şekli değiştirilmiş ve birden fazla tedavi şekli uygulanmıştır. Uygulanan tedavi şekilleri sırasıyla Tablo 1'de belirtilmiştir. Tedavi verilen ancak dosyada takip bilgisi olmayan yedi hastanın ailelerine telefon edildi, ikisine ulaşılamadı (olgu 10,12), beşine ulaşıp verilen tedavi sonrası tam düzelme olduğu kaydedildi (olgu 1, 2, 4, 6, 13).

Toplam yedi hastada tam düzelme kaydedilmişti (olgu 1, 2, 4, 5, 6, 7, 13) (Şekil 2a ve b). Bu olguların altısında (%85,7) hastalık süresi 1,5 ile 6 ay arasında değişmekteydi. Bunların telefonla ulaşılan beşinde (olgu 1, 2, 4, 6, 13) ise 6 ay ile 5 yıl arasındaki süreçte nüks belirtilmemişti. Kalan ikisinin (olgu 5, 7) de izlemleri devam etmekteydi. Geri kalan



**Tablo 1.** Kondiloma aküminatalı 13 çocuk olgunun klinik özellikleri

Olgu	Cins.	Yaş	Başl. Yaşı	Hast. süre	Lokalizasyon	Başka bölgede verruka	Ailede veya bakıcıda verruka	Eşlik eden hast.	Tedavi (sırasıyla)	Takip	Sonuç
1	K	12	1	11 yıl	Perianal, inguinal	Yüz-dudak-el (4 y başlangıç)	-	-	Elektrokoter İmikimod Kriyokoter	6 ay	Tam iyileşme
2	E	12	12	2 ay	Perianal	-	KA (baba)	-	Podofilotoksin	13 ay	Tam iyileşme
3	K	12	12	3 ay	Labium majus, perianal	Dudak-dil-el	-	Hiper-IgE sendromu	Cerrahi Kriyokoter	8 ay	Nüks (+) (Tedavi altında) SHK gelişimi
4	E	9	8.5	3 ay	Labium majus	El-ayak	KA (baba)	-	Kriyokoter	8 ay	Tam iyileşme
5	K	9	8.5	6 ay	Labium majus, perianal, inguinal	El-yüz	Verruka vulgaris (kardeş)	-	Podofilotoksin	2 ay	Tam iyileşme
6	K	8	8	2 ay	Perianal, vulva	-	-	-	Podofilin	5 yıl	Tam iyileşme
7	E	8	8.5	6 ay	Perianal	-	-	-	Kriyokoter Podofilin	2 ay	Tam iyileşme
8	K	3	2.5	4 ay	Labium minus, vagina, perianal	-	-	-	Podofilotoksin İmikimod	7 ay	Kısmi iyileşme (Tedavi altında)
9	K	2	1.5	6 ay	Perianal	-	-	Atopik dermatit	Cerrahi Podofilotoksin Kriyokoter imikimod	13 ay	Nüks (+) (başka merkezde takipte)
10	K	1.5	6 ay	12 ay	Perianal	-	-	-	Podofilin	2 ay (takipsiz)	Kısmi iyileşme
11	E	3	3	2 ay	Perianal	-	KA (anneanne/dede)	-	Podofilotoksin Podofilin İmikimod	6 ay	Kısmi iyileşme (Tedavi altında)
12	E	2.5	1.5	12 ay	Perianal	Dudak	-	-	Podofilotoksin	Takipsiz	-
13	E	2	2	1.5 ay	Perianal	-	Verruka vulgaris (anne/babaanne)	-	Podofilotoksin Kriyokoter İmikimod	4 yıl	Tam iyileşme

Cins: cinsiyet, Başl: başlangıç, Hast: hastalık, y: yaş, KA: kondiloma aküminata

dört hastanın hala tedavi altında olan ikisinde kısmi düzelme (olgu 8, 11) vardı. Ancak iki hastada tedaviye kısmi yanıt alınmasına karşın, sürekli yeni lezyon çıkışı mevcuttu. Bu hastaların birinde atopik dermatit (olgu 9), diğerinde ise hiper-immunoglobulin E (hiper-IgE) sendromu vardı (olgu 3). Hiper-IgE sendromlu çocuğun yedi yaşından beri tekrarlayan oral papillomları mevcuttu ve oral papillomlardan yapılan HPV genotiplenmesi yüksek risk HPV tipleri ile uyumluydu (2). Hastanın labium majusta ortaya çıkan KA lezyonu 3 ay içerisinde skuamöz hücreli karsinoma (SHK) dönüşmüştü (Şekil 3). Lezyonun total eksizyonu yapılmakla beraber

labium majus ve perianal bölgesindeki lezyonların tedavisi devam etmekteydi (Şekil 1e).

### Tartışma

Çocuklarda KA insidansı özellikle 1990'dan sonra artış göstermiş, 1990'dan önce 136 olgu bildirilirken, 1990-1995 yılları arasında 339 olgu bildirilmiştir (3). Bunun da erişkin olgu sayısındaki artışla ilişkili olduğu düşünülmüştür (3). Çocuk hastalar kliniğimizde son dört buçuk yıl içinde izlediğimiz KA hastalarının %3'ünü oluşturmaktaydı.



**Şekil 2a.** Şekil 1a'daki olguda tedaviyle düzelme  
**2b.** Şekil 1b'deki olguda tedaviyle düzelme



**Şekil 3.** Şekil 1e'deki olguda labium majusta gelişen skuamöz hücreli karsinom

KA bu seride olduğu gibi kızlarda erkeklerden daha sık olarak gözlenmektedir (4-7). Cinsiyet farklılığına yol açabilecek birkaç faktör ileri sürülmüştür. Bunlar arasında kadın mukozasının enfeksiyona yatkınlığı, immun yanıt farklılıkları ve kızların daha sık olarak muayeneye getirilmesi yer almaktadır (4). Marcuox ve ark. (5) ise cinsiyet farklılığını kızların daha fazla cinsel istismara uğraması ile ilişkilendirmiştir.

Perianal bölge hem kızlarda hem erkeklerde en sık görülen lokalizasyondur (4). Genital bölge lokalizasyonu ise kızlarda gözlenebilirken, erkeklerde çok nadirdir (5, 8). Bizim erkek olgularımızın hiçbirinde genital bölge tutulumu yoktu.

Bulaş prenatal, perinatal veya cinsel ilişki sırasında olmak üzere vertikal olabileceği gibi cinsel yol dışı (oto-

veya hetero-inokülasyon veya eşyalar aracılığı ile) veya cinsel yolla olmak üzere horizontal geçiş de mümkündür (5). İlk bir yaş içinde ortaya çıkan KA'da bulaşma yolu perinatal olarak düşünülmekle beraber, bu yaş sınırı 24 aya kadar kabul edilebilmektedir (8). Üç yaşın altında görülen lezyonların çocuğa bakan kişilerin bez değiştirme gibi rutin bakımları sırasında ellerinden yani heteroinokülasyon yoluyla, üç yaş üstü olguların da otoinokülasyon yoluyla enfekte olabilecekleri ileri sürülmüştür (5). Hastalarımızın üçte birinden fazlasında başlangıç yaşı 2'nin altında olup, perinatal bulaş düşünmekle beraber, annelerinde servikal smear ile değerlendirme yapılmamıştı. Bunların birinde (olgu 13) anne ve çocuğa bakan babaannede el lezyonlarının görülmesi heteroinokülasyonu da düşündürdü. Yaşları 8,5-12 arasında olan üç olgunun (olgu 3, 4, 5) başka bir anatomik bölgesinde olan verruka vulgaris lezyonları KA için bulaşma yolunun otoinokülasyon olabileceğini akla getirdi.

Son yayınlar erişkinlerden farklı olarak çocuklarda KA'nın cinsel yol dışı geçiş yolunun daha sık olduğunu öne sürmektedir (3, 9). Her ne kadar cinsel istismarın daha çok geç yaşlarda düşünülmesi gerektiği önerilse de, olası yaş sınırı tam olarak belirlenmemiştir (5). Cinsel istismardan şüphelenilen olgular hem hikaye hem de fizik muayene ile değerlendirilmelidir. Aile bireyleri de eşlik eden verruka lezyonları açısından sorgulanmalı ve muayene edilmelidir (10). Ülkemizde böyle şüpheli bir durumda başvurulacak sosyal hizmet kurumlarının eksik olmasından dolayı sorumluluk büyük ölçüde hekimlere düşmektedir (10). Cinsel yolla bulaşma veya istismar açısından olgularımızın hepsi aileden alınan hikaye ve fizik muayene bulguları ile bazıları ise Adli Tıp Anabilim Dalı ile beraber değerlendirilmiştir. Üç olgunun ailesinde KA öyküsü olması dolayısıyla cinsel istismar ile bulaşma olasılığı olsa da, hiçbirinde cinsel istismar kanıtlanmamıştı. Bulaş yolunu saptamada HPV tiplendirmesinin de faydalı olamayacağına dikkat çekilmiştir (5, 7). Yapılan bir çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların %75'inde kutane HPV tiplerinin (2A, 3) bulunması, bu olgularda elle taciz olasılığını akla getirmiş, dolayısıyla mukozal tiplerin (6, 11, 16) tespit edilmesinin cinsel istismarın kesin göstergesi olamayacağı öne sürülmüştür (5).

Çocuklarda KA tedavisi zordur. Geleneksel yöntemler viral enfeksiyonu veya replikasyonu baskılamamakta, sadece enfekte keratinositleri hasara uğratmaktadır. Podofilin, podofilotoksin, elektrokoter, kriyoterapi, lazer, trikloroasetik asit, simetidin ve imikimod gibi kullanılan tedavi şekilleri erişkinle aynıdır. Bununla birlikte çocukların büyük bir kısmı, özellikle de infant ve küçük çocuklar ağrı nedeniyle tedaviyi tolere edememekte, hatta bir kısmında sedasyon veya genel anestezi gerekmekte, psikolojik olarak da travma yaşamaktadırlar (4). İmmünomodülatör bir ajan olan imikimodun her ne kadar çocuklarda kullanım onayı olmasa da başarılı olgu bildirimleri çocuklarda evde kullanılabilen ağrısız bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermiştir (11,12). Hastalarımızın

birinde bize başvurmadan önce başka bir merkezde imikimod denenmiş, ancak başarılı olmamıştı. Dört hastada ise imikimod tarafımızca denenmiş olup, bunlardan birinde tam düzelme sonrası dördüncü senede hala nöks gözlenmezken, atopik dermatitin eşlik ettiği hastamızda başarılı olmamıştı. Halen tedavisi devam eden iki hastada ise imikimod ile lezyonların sayısında azalma olmuştu. Diğer bir immunomodulator ajan ve antiviral, antiproliferatif etkisi de bulunan interferonun çocuklarda KA tedavisinde başarılı olabileceğine dair olgular mevcuttur (13). Hiper-IgE sendromunun eşlik ettiği hastamızda KA lezyonları ortaya çıkmadan önceki dönemde sistemik interferon tedavisi denenmiş, ancak kısmi yanıt alınmakla beraber lezyon çıkışı baskılanmamıştı (2). Yüksek dozda kullanıldığında immunomodulator etkisi olduğu öne sürülen simetidin ise çocukların viral siğillerinde, özellikle de çoklu ve dirençli lezyonlarda, ağrısız, destrüktif olmayan bir yöntem olması nedeniyle tedavide alternatif bir seçenek olarak öne sürülmüştür (14). Ancak ülkemizden yapılan bir kontrollü çalışmada çocuklarda plaseboya üstünlüğü gösterilmemiştir (15). Çocuklarda KA tedavisinde yaygın lezyonları olan dört hastalı bir seride etkili olduğu bildirilmiştir (16).

Hastalık süresi göz önüne alınarak, nökslerin sık olabilmesi dolayısıyla çocuklarda KA'ya her zaman müdahaleye gerek olmadığı da ileri sürülmektedir (4). Tedaviyle iyileşen çocuk olguların oranı ile tedavisiz kendiliğinden iyileşen olguların oranı arasında anlamlı farklılık görülmemesinden dolayı, bir yıla kadar asemptomatik KA olgularının tedavisiz izlenebileceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada iki yıldan uzun süren KA'larda, gerek tedaviyle gerekse spontan olarak iyileşme olasılığının azaldığı da gözlenmiştir (4). Buna benzer olarak, HPV enfeksiyonu olan genç kadınlarda bir çalışmada 12 ay, bir diğer çalışmada ise 24 ay sonunda %70 oranında HPV enfeksiyonunun kendiliğinden gerilediği saptanmıştır (17,18). Bizim tüm hastalarımız tedavi almıştı. Olguların yaklaşık yarısında tedaviye uyumsuzluk, bazılarında da yanıt alınamaması nedeniyle birden fazla tedavi şekli de kullanılmıştı. Yedi çocukta tedavi sonrası tam iyileşme kaydedilmişti. Ancak, değişik tedavi modelleri kullanılmasından dolayı, herhangi bir tedavi şeklinin diğerlerine üstün olduğu söylenemez. Bu hastaların biri hariç hepsinde hastalık süresi 1,5 ile 6 ay arasında değişmekteydi. Bu da Allen ve ark.'nın (4) çalışmasında bahsedilen kısa süreli enfeksiyonda iyileşme oranının daha yüksek olduğunu destekler niteliktedir. KA'da tedavi ve izlemde karşılaşılan zorluklardan biri de nöksdür. Altı ay ve daha uzun süreli takipli olan dokuz hastamızın tedaviyle düzelen beşinde nöks gözlenmezken, atopik dermatit ve hiper-IgE sendromunun eşlik ettiği ikisinde tedavi altındayken sürekli yeni lezyon çıkışı vardı, diğer ikisi ise halen tedavi altındaydı. Hiper-IgE sendromlu hastada SHK gelişimi, hastalarda özellikle de onkojenik virüs tipleri ile enfekte olanlarda uzun dönem takibin önemini ortaya koymaktadır.

## Sonuç

Çocuklarda KA çok da nadir bir enfeksiyon değildir. En sık kız çocuklarında ve perianal bölgede rastlanmaktadır. Hem bulaşma yolunun değerlendirilmesi hem de tedavisi oldukça zordur. Cinsel istismar ile ilişkisi üzerinde çok durulmakla birlikte birçok hastada böyle bir kanıt bulunmamaktadır. Tedavi seçenekleri erişkinlerdekine benzerlik göstermekle birlikte, hastanın yaşına ve tedaviye uyumuna göre belirlenmelidir. Aile bireyleri olası bulaşma yolları, tedavi başarısızlığının olasılığı ve nöksler hakkında bilgilendirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Fenton KA, Mercer CH, Johnson AM, et al. Reported sexually transmitted disease clinic attendance and sexually transmitted infections in Britain: prevalence, risk factors, and proportionate population burden. *J Infect Dis* 2005;191 Suppl 1:127-38.
2. Ozarmağan G, Yazganoğlu KD, Agaçfidan A. Hyper-IgE syndrome with widespread premalign oral papillomas treated with interferon alpha2b. *Acta Derm Venereol* 2005;85:433-5.
3. Syrjänen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000;11:259-74.
4. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:951-5.
5. Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, et al. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol* 2006;23:199-207.
6. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S, et al. Childhood condyloma acuminatum: association with genital and cutaneous human papillomaviruses. *Pediatr Dermatol* 1993;10:101-6.
7. Padel AF, Venning VA, Evans MF, et al. Human papillomaviruses in anogenital warts in children: typing by in situ hybridisation. *BMJ* 1990;300:1491-4.
8. Mammias IN, Sourvinos G, Spandidos DA. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2009;168:267-73.
9. Jones V, Smith SJ, Omar HA. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. *Scientific World Journal* 2007;7:1896-9.
10. Gürbüz O, Yücelten D, Dağlı T, Ergun T. Kondiloma aküminatum ve çocukların cinsel sömürüsü. *Pediatric Cerrahi Dergisi*, 1992;6:97-8.
11. Tuncel AA, Erbağcı Z. Topikal imikimod tedavisinde dramatik yanıt veren kondiloma aküminata: iki çocuk olgu sunumu. *Turkderm* 2006;40:142-4.
12. Majewski S, Pniewski T, Malejczyk M, Jablonska S. Imiquimod is highly effective for extensive, hyperproliferative condyloma in children. *Pediatr Dermatol* 2003;20:440-2.
13. Trofatter KF Jr, English PC, Hughes CE, Gall SA. Human lymphoblastoid interferon (Wellferon) in primary therapy of two children with condylomata acuminata. *Obstet Gynecol* 1986;67:137-40.

14. Fischer G, Rogers M. Cimetidine therapy for warts in children. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:289-90.
15. Yılmaz E, Alpsoy E, Basaran E. Cimetidine therapy for warts:a placebo-controlled, double-blind study. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:1005-7.
16. Franco I. Oral cimetidine for the management of genital and perigenital warts in children. *J Urol* 2000;164:1074-5.
17. Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, et al. The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *J Pediatr* 1998;132:277-84.
18. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, et al. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998;338:423-8.

## Psoriatik Tırnak Tanı ve Tedavisi

### Diagnose and Treatment of Nail Psoriasis

Pınar Kulluk, Serap Utaş

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

#### Özet

Psoriasis, kronik seyirli ve sık görülen inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriaziste tırnak değişiklikleri sıklıkla ve hastaların yaklaşık yarısında tırnak bulguları görülür. Son zamanlardaki yeni tedavi metotlarına rağmen tırnak psoriazisi tedavisi uzun süreli ve bazen de başarısızdır. Bu makale de tırnak psoriazisinde tanı yöntemlerinin ve tedavi seçeneklerinin güncel literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009;3: 83-8*)

**Anahtar kelimeler:** Tırnak psoriazisi, tanı, tedavi

**Geliş Tarihi:** 17. 02. 2009

**Kabul Tarihi:** 03. 03. 2009

#### Abstract

Psoriasis is a common, chronic and inflammatory disease of the skin. Nail changes are frequent in psoriasis and being found in up to 50 percent of patients. Despite recent therapeutic advances, the management of nail psoriasis remains long time and sometimes unsatisfactory. We aimed in this article to review diagnostic methods and treatment options for nail psoriasis.

(*Turkish Journal of Dermatology 2009;3: 83-8*)

**Key words:** Nail psoriasis, diagnose, treatment

**Received:** 17. 02. 2009

**Accepted:** 03. 03. 2009

Psoriazisli hastaların çoğunda tırnakların yapısında, şeklinde, kalınlığında veya renginde değişiklikler görülür. Tırnak psoriazisi, vücudun başka bölgelerine yerleşmiş psoriazis lezyonları ile birlikte olabileceği gibi sadece tırnaklara sınırlı olabilir. Psoriazisli hastaların yaklaşık %50-56'sında tırnak tutulumu görülmektedir. Hastaların yaşam boyu izlenmesi halinde bu oranın %80-90'lara ulaştığı bildirilmektedir (1,2).

Psoriatik tırnak önemli sosyal ve fonksiyonel bozukluklara yol açar. Psoriatik tırnağı olan hastaların %93'ü kozmetik sorunlardan, %52'si ağrıdan yakınırken; %58'i hastalığın mesleklerini engellediğini düşünmektedir (2). Hastanın yaşı, hastalık süresi, şiddeti ve psoriatik artritin varlığı ile orantılı olarak tırnak tutulumunun şiddetinde artış görülür (3,4). El tırnakları ayak tırnaklarından daha sık tutulur (5). Çocuklarda ise psoriatik tırnak nadirdir.

Seyhan ve ark. (6), 61 psoriazisli çocuk hastanın %21.3'ünde tırnak tutulumu olduğunu bildirmişlerdir. Konjenital psoriatik tırnak olguları da bildirilmiştir (2).

Tırnak psoriazisinde görülen başlıca bulgular, renk değişiklikleri (Şekil 1), lökonişi, toplu iğne başı büyüklüğünde çukurcuklar (pitting), onikolizis (Şekil 2), yüksük tırnak (Şekil 3), tırnak plağında kalınlaşma (Şekil 1), tırnak yatağında yağ damlası görünümü (Şekil 4), transvers sırtlanmalar, Beau çizgileri, splinter hemorajiler, subungual hiperkeratoz (Şekil 1) ve psoriatik paronişidir. Tırnak yatağı ve tırnak kıvrımlarının püstüleri psoriazisi, tırnak kaybı (anonişi)/onikomadezis ve tırnak yapımının durması da diğer klinik bulgulardır (7,8). Hallopeau'nun akrodermatitinde ise tırnak yatağının etrafında ve altında püstüllerle seyreden akut, ağrılı, inflamasyon atakları görülür (4) (Şekil 5).





Şekil 1. Tırnak plağında kalınlaşma, subungual hiperkeratoz ve renk değişikliği



Şekil 2. El tırnaklarında onikolizis



Şekil 3. Yüksük tırnak görünümü



Şekil 4. Tırnak yatağında yağ damlası görünümü



Şekil 5. Hallopeau'nun akrodermatiti

Türkiye'de yapılan bir çalışmada (9), 329 psoriasis hastasının %16'sında tırnak tutulumu (pitting %13, subungual hiperkeratoz %7, onikolizis %2, diskolorasyon %2, yağ damlası %1 ve siplinter hemorajiler %1) olduğu bildirilmiştir.

Psoriatik tırnak, hem hasta hem de hekim açısından sıkıntılara neden olan, tedavisi oldukça güç bir psoriasis formudur. Bu derlemede psoriatik tırnak tanısı için izlenmesi gereken yollar ve yeni literatür bilgileri eşliğinde tedavisi gözden geçirilmektedir.

### Tanı

Öncelikle hazırlayıcı faktörleri saptamak için, hastalığın süresi-seyri, mesleki özellikler ve tırnağa yönelik kozmetik ürün kullanımı öyküsünün de sorgulandığı ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Mukokütanöz alanları ve eklemleri de içeren fizik muayene ve tırnak yüzeyinin temizlenmesinden sonra yeterli ışık eşliğinde el ve ayak tırnaklarının muayenesi yapılmalıdır. Psoriatik tırnak, klinik olarak onikomikoz başta olmak üzere diğer distrofik tırnak bozuklukları ile benzerlik gösterdiğinden klinisyen için tanı konması oldukça zor bir

durumdur ve tanının tedavi öncesi doğrulanması gerekmektedir. Yukarıda sayılan tırnak bulgularına, vücudun herhangi bir lokalizasyonunda var olan psoriatik lezyonların eşlik etmesi ya da ailevi psoriasis öyküsü olması durumunda klinik olarak psoriatik tırnak tanısı konulabilir. Psoriasis destekleyen herhangi bir bulgusu olmayan ve tırnak bulguları da yetersiz olan hastalarda ise kesin tanı koymak güçtür. Bu durumda diğer sebeplerin, özellikle de onikomikozun ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir. Onikomikozu dışlamak için tırnak kesilerek %10 potasyum hidroksit ile eritilmeli, mikroskopik olarak incelenmeli ve mikolojik kültürler yapılmalıdır. Tırnak morfolojisindeki bozukluklar onikomikoz oluşumunu kolaylaştırır. Sağlıklı tırnaklarda fungal enfeksiyonları önleyen doğal koruyucu bir bariyer vardır ve bu bariyer birçok hastalığın seyri içerisindeki tırnak tutulumuyla bozulabilir. Psoriasis de tırnak morfolojisini bozan hastalıklardan birisidir ve bazı hastalarda iki hastalık aynı anda görülebilir. Bu durumda onikomikoz tedavisinin öncelikli olduğu unutulmamalıdır (7, 10). Psoriatik tırnağın tedavisi ve prognozu onikomikoz tedavisi ve prognozundan oldukça farklıdır. Bu yüzden hastalara uzun süreli tedavi başlamadan önce psoriatik tırnak tanısının kesinleştirilmesi gerekmektedir (11). Klinik bulgular yetersizse ve mikolojik tetkikler negatif sonuç veriyorsa tırnak biyopsisi tanı koymada yardımcı olur. Dermatolog sadece ayırıcı tanı için değil biyopsinin tam lokalizasyonunu bildirmek için de patolojla iletişim halinde olmalıdır. Tırnak bölümlerinin her biri farklı yapıya sahip olup her bölümün histopatolojisi de birbirinden farklıdır; örneğin, tırnak matriksinde ve tırnak yatağında granüler tabakanın varlığı olağan değilken, tırnak kıvrımı ve hiponisiyumda bulunması olağan sayılmalıdır. Tırnak distrofisine sebep olabileceği endişesi ve biyopsi yönteminin zorluğu, histopatolojik değerlendirmede gecikmeye sebep olur. Psoriatik tırnak histopatolojisini yorumlamada bu nedenlerden kaynaklanan tecrübe eksikliği ve yetersizlik de vardır (12).

Tırnak psoriasisinin histopatolojik özellikleri deri ile benzerlik gösterir. En belirgin özellikler nötrofilik inflamasyon, epidermin psoriaziform hiperplazisi ve papiller dermiste dilate, kıvrımlı, inflame kapillerlerdir. Tırnak psoriasis kendine özgü özellikler de gösterir. Hiponisiyumun sağlıklı yapısında var olan granüler tabaka psoriatik tırnakta kaybolurken, tırnak matriksinde ve tırnak yatağında ise granüler tabaka oluşur (hipergranüloz). Hafif ya da orta derecede hiperkeratoz vardır. Spongios sık görülür. Papillomatoz, epidermal hiperplazi yalnızca transvers kesitte görülebilir. Parakeratoz odakları dorsal, orta ya da ventral tırnak plağında olabilir ve pitting, lökonisi ve onikolizise neden olabilir. Tırnak psoriasisinin histopatolojik tanısını koymadan önce onikomikoz ve psoriasis benzer histolojik özelliklere sahip olması sebebiyle kesitler PAS ile boyama yapılarak da incelenmelidir (11).

## Tedavi

Psoriatik tırnak tedavisi hasta ve hekim açısından tatmin edici sonuçlar vermemesine rağmen son yıllarda geliştirilen yeni tedavi yöntemleri umut vericidir. Tedavi seçimi tırnak

psoriasisinin tipine, hastaya ve hekime bağlıdır. Tırnak tutulumu hafif şiddette ise veya hastaya herhangi bir rahatsızlık vermiyorsa tedaviye gerek olmayabilir. Tedavi öncesi hastaya tedavi yöntemi ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı ve iyileşmenin 4-6 ay içerisinde olacağı hatta ayak tırnaklarında daha da uzun sürebileceği mutlaka açıklanmalıdır.

Öncelikle hastalar tırnak psoriasisini artıran faktörlerden uzak durmaları konusunda uyarılmalıdır (Tablo 1). Tırnaklar mutlaka travmadan korunmalı, geniş ayakkabılar giyilerek tırnakla ayakkabı arasındaki sürtünme önlenmelidir. Hastada sadece tırnak tutulumu varsa başlangıç olarak topikal tedavi uygundur. Topikal tedaviler etkisizse, belirgin deri tutulumu ya da eklem tutulumu varsa veya tırnak tutulumu şiddeti ise sistemik tedavi gerekir (13).

## Kozmetikler

Pitting, onikolizis, yağ damlası görünümü ve subungual hiperkeratozda kozmetik ürünler kullanılabilir. Ojeler diskolorasyonu saklar, yüzeydeki pürüzlükleri kısmen kapatır. Çukurcukları ve sırtlanmaları kapatmak için polimer yapıda tırnak jelleri kullanılabilir. Protez tırnak onikolizisi artırması, eksuda ve skuam birikimi sonucu enfeksiyona zemin hazırlaması nedeniyle çoğu zaman tercih edilmez (7).

Genel el bakımı olarak; su, irritan maddeler ya da irritan sıvıların temas esnasında bu maddelerin onikolitik alana girmesini önlemek için eldiven kullanılmalı, tırnaklar kısa tutulmalı, tırnak altındaki debris kesici aletlerle alınmamalıdır. Debrisin alınması büyük boşluklar oluşturabilir. Bu durumda yumuşak tırnak fırçaları sınırlı olarak kullanılabilir. Kısa uçlu tırnak makasları ve bistüri tırnak kesiminde birlikte kullanılabilir (7).

## Topikal Tedaviler

Kortikosteroidler (tek başına ya da salisilik asitle kombinasyon) ve vitamin D analogları psoriatik tırnak tedavisinde en sık kullanılan topikal ilaçlardır. Bunların dışında üre/propilen glikol, 5-fluorourasil, siklosporin ve antralin, tazaroten de topikal olarak kullanılan ajanlardır (2,14).

## Kortikosteroidler

Yüksek potensli kortikosteroidler (flusinolon asetonid, triamsinolon asetonid, betametazon gibi) oklüzyon altında, kısa süreli dönemler şeklinde kullanılır. Yüzde 0,05 oranında klobetazol propiyonat oklüzyon uygulanmadan kullanılmalıdır (2). Steroidlerin 3-4 aydan uzun süreli kullanımı lokal deri atrofisine sebep olabilir. Uzun süreli güçlü topikal steroid kullanımına bağlı olarak alttaki kemikte oluşan değişiklikler sonucu distal falankslarda incelmeye "disappearing digit" oluşabilir (2,14). Son yıllarda daha yüksek konsantrasyonda %8 klobetazol propiyonat içeren ve renksiz cila şeklinde olan topikal formlar daha etkili bulunmuştur. Güvenli, etkili ve kozmetik olarak da uygulanması kolay olan bu formun kullanımında, topikal krem formlarında görülen periungual deri atrofisi görülmediği bildirilmektedir (15).

Topikal steroidlerin %5-10 benzoil peroksit, % 0,1 retinoid asit ve kalsipotriol ile kombinasyonları daha iyi sonuç verebilir. Betametazon propiyonat ile salisilik asit kombinasyonu, subungual hiperkeratozu ve tırnak plağındaki kalınlaşmayı azaltmada etkilidir (2).

**Tablo 1.** Tırnak psoriazisini artıran faktörler (2)

Artıran faktörler	Mekanizma	Yaklaşım
Uzun tırnaklar	Tırnak yatağı üzerindeki basıncı artırarak tırnak yatağı psoriazisini artırır	Tırnağın kısa tutulması
Protez tırnaklar	Tırnak yatağı üzerindeki basıncı artırarak tırnak yatağı psoriazisini artırır	Eğer tırnak protezleri kısa tutulursa yararlı olabilir Tırnaktaki renk ve şekil bozukluklarını örter
Kutikulyayı koparmak	İzomorfik reaksiyon	Manikürden sakınmak
Tırnak altındaki debris kaldırmak	Onikokorneal bant bozulur, debris tırnak altındaki onikolitik alana itilir. Ayrıca o bölgedeki aktif psoriazise ikincil olarak skuam birikir Hastalar bu maddeyi kaldırmak için keskin aletler kullanır, bu da onikolizisi artırır.	Kirli işlerle uğraşırken eldiven giymek Tırnak altını temizlemek için yumuşak tırnak fırçası kullanmak
İrritanlar	Deri iritatanları, aşırı yıkama, temizleyici ajanlar ve çözücüler psoriazisi artırabilir	İrritanlardan uzak durmak, eldiven kullanmak
Fungal enfeksiyonlar	Eşlik eden patoloji	Mikolojik incelemeler ve kültürle belirlendikten sonra uygun antifungal tedavi

**Kalsipotriol**

Topikal kalsipotriol kronik plak psoriazisinde de kullanılan bir ajandır. Hallopeau'nun akrodermatitinde ve püstüleri psoriaziste de kullanılan bu ajan iyi tolere edilen, yan etkisi az ve uzun süreli kullanımda topikal steroidlerle karşılaştırıldığında daha güvenli bir seçenektir (16). Tırnak plağı kalınlığında ve subungual hiperkeratozda etkilidir (2). Yan etki olarak lokal deri irritasyonuna sebep olabilir (17). Yapılan çalışmalarda, topikal kalsipotriolün etkisinin, topikal steroid ve salisilik asit kombinasyonunun etkisine yakın düzeyde olduğu bildirilmiş olup, lokal deri atrofisi riskinin olmaması sebebiyle uzun süreli tedavide iyi bir alternatiftir (7,17).

**5-Florourasil (5-FU)**

Yapılan geniş serili çalışmalarda, %1'lik 5-FU solüsyonunun propilen glikol içinde çözünmüş ve %20 üre içeren krem içindeki formları pitting, subungual hiperkeratoz ve yağ damlası görünümünde etkili bulunurken, onikoliziste artışa sebep olduğu bildirilmiştir. Hallopeau'nun akrodermatitinde de topikal 5-FU ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir (2,14,18).

**Siklosporin**

Siklosporinin %10 yağlı formu ile yapılan çalışmalarda kısmi başarı elde edilmiş olsa da, bu ilacın topikal formunu oluşturmak uygun taşıyıcının olmamasından dolayı zordur (14).

**Antralin**

Bir çalışmada, vazelin içinde %0,4-2 antralin merhem günlük 30 dakikalık temaslar şeklinde 5 ay boyunca tırnak psoriazisi olan 20 hastaya uygulanmış ve %60'ında orta derecede iyileşme görülmüştür (19). Dirençli tırnak psoriazisinde uygulanabilen bu tedavide tırnak plağında geçici pigmentasyon oluşabilir. Pigmentasyonu önlemek için %10 trietanolamin krem kullanılabilir (19).

**Tazaroten**

Sentetik asetilenik retinoid olan tazarotenin %0,1 ve 0,05'lik jel formları topikal olarak tırnak psoriazisinde kullanılmış ve çeşitli derecelerde iyileşme gözlenmiştir. Periungual alanda eritem, soyulma ve yanma gibi yan etkiler görülebilir. Oklüzyon yapmadan uygulanmalı ve çocuklarda düşük dozları (%0,05) tercih edilmelidir (20,21).

**İntralezyonel Kortikosteroid Tedavisi**

Uzun etkili kortikosteroidlerin intralezyonel enjeksiyonu, özellikle tırnak yatağı ve tırnak matriksinin etkilendiği psoriatik tırnak olgularında daha etkilidir. Uygulamadaki zorluklar ve komplikasyonları sebebiyle bu yöntem güncelliğini yitirmektedir (14).

Geri sıçramaya engel olan ince uçlu insülin enjektörleri, Dermojet™ ya da Port-o-Jet iğnesiz enjektörleri kullanılabilir. Çoğu hekim jet enjektörleri sterilizasyon problemi ve geri sıçrama riskinden dolayı kullanmamaktadır (2).

Lokal anestezi hastaya, uygulama tekniğine, iğnenin çapına, enjeksiyon miktarına ve lezyonun hassasiyetine bağlıdır. Matrikse ya da tırnak yatağının altına yapılan enjeksiyonlar ve derin enjeksiyonlar ağrılıdır ve lokal anestezi gerektirir. Proksimal parmak bloğu ya da el bilek bloğu yapılabilir. Distal blokta yapılabilir ancak dokuda oluşan gerginlik steroid enjeksiyonunu güçleştirebilir (2,14). Enjeksiyon öncesi proksimal tırnak kıvrımına soğuk uygulama ağrı hissini azaltabilir (4).

Enjeksiyon, parmağın her iki tarafından orta hatta doğru simetrik olarak dört alandan, her alan için 0,05-0,1 ml olacak şekilde, bozukluğa sebep olan kaynağa yönelik yapılır (proksimal tırnak kıvrımı, tırnak yatağı gibi) (7,14). Steroid seçimiyle ilgili altın bir kural olmasa da genellikle triamsinolon asetonid kullanılır (2,5 mg/ml). Uygulama 3-8 haftalık aralarla tekrarlanabilir (2).

Çukurcuklar, sırtlanmalar, tırnak plağında kalınlaşma, subungual hiperkeratoz ve tırnağın püstüller psoriazisi intralezyonel enjeksiyona iyi cevap verirken onikolizis dirençlidir (2,7). Geri sıçrama, enjeksiyon alanlarında atrofi, periungual hipopigmentasyon, epidermoid inklüzyon kistlerine bağlı distal falanks amputasyonları ve tendon rüptürleri gibi istenmeyen yan etkiler ve komplikasyonlar görülebilir (2).

#### **Işınlarla Tedavi Yöntemleri**

##### **PUVA (Psoralen+Ultraviyole A) Tedavisi**

PUVA tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda çok etkili cevaplar alınmasa da bazı psoriatik tırnak vakalarında daha yoğun ultraviyole ışığıyla değişik derecelerde cevaplar alındığı bildirilmektedir (2,14). Yüzde 1'lik 8-metoksipsoralen ile lokal PUVA da uygulanabilir (2).

##### **Grenz Işınlari**

Otuz yaş üzerindeki hastalara, her bir alan için toplam 10 Gy'yi (1000 rad) geçmeyecek şekilde grenz ışını verilebilir. Sağlam alanlara ve etraf deriye verildiği takdirde malin deri tümörlerine sebep olabilir (2).

##### **Yüzeysel Radyoterapi ve Elektron Beam Tedavisi**

Çift kör yapılan bir çalışmada psoriatik tırnaklara yüzeysel radyoterapi verilmiş ve geçici ama belirgin düzelme elde edilmiştir (22). Elektron beam tedavisi ile de geçici düzelmeler bildirilmiştir (2,14).

#### **Sistemik Tedaviler**

##### **Retinoidler**

Etretinatın kalın tırnaklarda belirgin incelleme sağlamasına rağmen pitting ve onikolizisi arttırdığı bildirilmiştir. Bu kötüleşme ilacın tırnaktaki toksik etkisine bağlıdır. Tırnak hassasiyetinde artışa ve fonksiyonunda azalmaya sebep olur (2).

Asitretin, tırnak plağı kalınlaşmasında, subungual hiperkeratozda, Hallopeau'nun akrodermatitinde ve püstüller psoriazisin tırnak tutulumunda etkilidir. Normal ya da atrofik tırnakta anormal derecede incelmeye ve kırılabilirliğe sebep olacağından dikkatli olunmalıdır (7,14).

##### **Siklosporin ve Metotreksat**

Şiddetli tırnak psoriazisinde 3-5 mg/kg/gün oral siklosporin etkilidir. Metotreksat ile yapılan yeterli çalışma olmasına rağmen deri psoriazisinde kullanımında derideki lezyonların iyileşmesini takiben tırnak bulgularında da gerileme olmaktadır. Topikal tedavilere dirençli olan püstüller psoriazisin tırnak tutulumunda ve Hallopeau'nun akrodermatitinde metotreksat kullanılabilir (2,7,14).

##### **Nimesulid**

Steroid dışı anti-inflamatuar ilaç olan nimesulidin günde iki kez 100 mg dozunda püstüller psoriaziste ve Hallopeau'nun akrodermatitinde etkili olduğu bildirilmiştir. Gastrik yan etkileri konusunda dikkatli olunmalıdır. Tedavi sonrası nüks sık görülür (23).

##### **Biyolojik Ajanlar**

Şu an için biyolojik ajanların sadece tırnak psoriazisinde kullanımıyla ilgili çok az sayıda çalışma mevcut olup etkileri tam olarak bilinmemektedir. Biyolojik ajanların psoriaziste ve psoriatik artritte kullanımının gittikçe artmasına bağlı olarak psoriatik tırnakta kullanımıyla ilgili çalışmaların da artması beklenmektedir.

**Alefasept:** Tırnak psoriazisi olan sekiz hasta ile yapılan ve 12 hafta süren bir çalışmada üç hastada iyileşme gözlenmiştir (24).

**Etanersept:** Hallopeau'nun akrodermatiti olan bir hastada kullanılmış ve hızlı bir iyileşme gözlenmiştir (25).

**İnfliksimab:** Psoriatik tırnaklı 38 hasta ile yapılan bir çalışmada 38 hafta sonunda tama yakın iyileşme gözlenmiştir (26).

**Adalimumab:** İki hastada psoriazis tedavisi için kullanılırken hastaların tırnak lezyonlarında hızlı ve belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir (27).

Kliniğimizde izlediğimiz ve daha önce uygulanan lokal ve sistemik tüm tedavilere dirençli Hallopeau'nun akrodermatiti olan iki olgumuzun birinde infliksimab, diğerinde adalimumab tedavileri uygulanmış ve her ikisinde de tırnaklarda belirgin düzelme görülmüştür.

##### **Cerrahi Tedaviler**

Çok büyük ve kalın psoriatik ayak tırnakları medikal tedavilere cevap vermeyebilir, ağrıya ve hareket kısıtlılığına yol açabilir. Cerrahi yöntemler genellikle medikal tedaviye cevap vermeyen ayak tırnaklarında kullanılır. Tırnağın basit avulsiyonu önerilmez. Fenolle matriks ablasyonu ve avulsiyon kalıcı kür sağlar. Cerrahi sonrası devam eden ağrı distal interfalangial eklemlerin artriti ile ilişkili olabilir (14).

Psoriatik tırnak, hem hasta hem de hekim açısından sıkıntılara neden olan, tedavisi oldukça güç bir psoriazis formudur. Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tırnak psoriazisinde hızlı etkili lokal ve sistemik tedavilere gereksinim vardır.



## Kaynaklar

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC: Dermatology. 2. baskı. Berlin, Springer-Verlag, 2000;593.
2. Baran R, Dawber RPR, eds. Diseases of the nail and their management. 3. baskı. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 2001:172-89.
3. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Hovi J, Ortonne J-P. Dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2007:181.
4. Tosti A, Piraccini BM: Nail disorders. Dermatology. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP: Edinburg, Mosby. 2003;1067-8.
5. Sánchez Regaña M, Márquez Balbás G, Umbert Millet P. Nail psoriasis: a combined treatment with 8% clobetasol nail lacquer and tacalcitol ointment. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22:963-9.
6. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. Pediatr Int 2006;48:525-30.
7. de Berker D. Diagnosis and management of nail psoriasis. Dermatol Ther 2002;15:165-72.
8. Odom RB, James WD, Berger TY. Andrews' diseases of the skin. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000:218-35.
9. Kundakci N, Türsen U, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. Int J Dermatol 2002;41:220-4.
10. Szepietowski JC, Salomon J. Do fungi play a role in psoriatic nails? Mycoses 2007;50:437-42.
11. Grover C, Reddy BS, Uma Chaturvedi K. Diagnosis of nail psoriasis: importance of biopsy and histopathology. Br J Dermatol 2005;153:1153-8.
12. Kovich OI, Soldano AC. Clinical pathologic correlations for diagnosis and treatment of nail disorders. Dermatol Ther 2007;20:11-6.
13. Lawry M. Biological therapy and nail psoriasis. Dermatol Ther 2007;20:60-7.
14. de Berker D. Management of nail psoriasis. Clin Exp Dermatol 2000;25:357-62.
15. Sánchez Regaña M, Martín Ezquerro G, Umbert Millet P, Lambí Mateos F. Treatment of nail psoriasis with 8% clobetasol nail lacquer: positive experience in 10 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19:573-7.
16. Tosti A, Piraccini BM, Cameli N, Kokely F, Plozzer C, Cannata GE, Benelli C. Calcipotriol ointment in nail psoriasis: a controlled double-blind comparison with betamethasone dipropionate and salicylic acid. Br J Dermatol 1998;139:655-9.
17. Lamba S, Lebwohl M. Combination therapy with vitamin D analogues. Br J Dermatol 2001;58:27-32.
18. Fritz K. Successful local treatment of nail psoriasis with 5-fluorouracil. Z Hautkr 1989;64:1083-8.
19. Yamamoto T, Katayama I, Nishioka K. Topical anthralin therapy for refractory nail psoriasis. J Dermatol 1998;25:231-3.
20. Bianchi L, Soda R, Diluvio L, Chimenti S. Tazarotene 0.1% gel for psoriasis of the fingernails and toenails: an open, prospective study. Br J Dermatol 2003;149:207-9.
21. Diluvio L, Campione E, Paternò EJ, Mordenti C, El Hachem M, Chimenti S. Childhood nail psoriasis: a useful treatment with tazarotene 0.05%. Pediatr Dermatol 2007;24:332-3.
22. Yu RC, King CM. A double-blind study of superficial radiotherapy in psoriatic nail dystrophy. Acta Derm Venereol 1992;72:134-6.
23. Piraccini BM, Tosti A, Iorizzo M, Misciali C. Pustular psoriasis of the nails: treatment and long-term follow-up of 46 patients. Br J Dermatol 2001;144:1000-5.
24. Körver JE, Langewouters AM, Van De Kerkhof PC, Pasch MC. Therapeutic effects of a 12-week course of alefacept on nail psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006;20:1252-5.
25. Weisshaar E, Diepgen TL. Successful etanercept therapy in therapy refractory acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau. J Dtsch Dermatol Ges 2007;5:489-92.
26. Rigopoulos D, Gregoriou S, Stratigos A, Larios G, Korfitis C, Papaioannou D, Antoniou C, Ioannides D. Evaluation of the efficacy and safety of infliximab on psoriatic nails: an unblinded, nonrandomized, open-label study. Br J Dermatol 2008;159:453-6.
27. Irla N, Yawalkar N. Marked improvement in nail psoriasis during treatment with adalimumab. Dermatology 2009;219:353-6.



## **Metronidazol ve Diüretik ile Tedavi Edilen Atipik Yerleşimli Morbus Morbihan Olgusu**

**A Morbus Morbihan Case With Atypical Presentation Treated By Use of Metronidazole and Diuretic**

**Berna Aksoy<sup>1</sup>, Hüseyin Üstün<sup>2</sup>, Asuman Çelik<sup>2</sup>, Hasan Mete Aksoy<sup>3</sup>, Nilgün Atakan<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>TDV 29 Mayıs Özel Ankara Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Özel TDV 29 Mayıs Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### **Özet**

Morbus Morbihan, klinik olarak yüz üst orta bölgesine yerleşmiş, sert gode bırakmayan ödem ile karakterizedir. Rozaseaya bağlı kronik lenfödem olarak da tanımlanabilir. Hastalığın diğer tipik özellikleri patolojik olmayan laboratuvar ve histopatolojik bulgular ve çeşitli tedavilere dirençli olmasıdır. Üst dudak, yanaklar ve çeneyi etkileyen, 5 yıldır devam eden persistan ödem nedeniyle başvuran kırk üç yaşında kadın hastaya öykü, klinik muayene ve histopatolojik bulgulara dayanılarak atipik yerleşimli Morbus Morbihan tanısı konuldu. Hastaya topikal, sistemik metronidazol ve oral diüretik tedavisi önerildi. Hasta bu tedaviden belirgin fayda gördü, eritemli ödem atakları tamamen durdu ve ödemi belirgin şekilde geriledi. Olgumuzda alt yüz bölgesinin tutulması ilginçtir ve metronidazol ile birlikte oral diüretik tedavisi Morbus Morbihan olgumuzda etkili olmuştur.

(*Türk Dermatoloji Dergisi 2009;3: 89-92*)

**Anahtar kelimeler:** Morbihan hastalığı, Morbus Morbihan, diüretik, rozasea, lenfödem, metronidazol

**Geliş Tarihi:** 20. 07. 2008

**Kabul Tarihi:** 13. 04. 2009

### **Abstract**

Morbus Morbihan is also described as a chronic lymphedema related to rosacea and characterized with hard nonpitting edema localized to the upper central face clinically. The other typical features are nonpathologic laboratory and histopathological findings and resistance to various therapies. Forty-three years old female patient applied to the outpatient clinic with a persistant edema present for 5 years involving the upper lip, chin and cheeks. A diagnosis of rosaceous lymphedema (Morbus Morbihan) with atypical presentation was made on the ground of patient history, clinical examination and histopathological findings. The patient was prescribed to use topical and oral metronidazole and diuretic. Erythematous edema attacks completely stopped and facial erythematous edema decreased significantly. The involvement of lower face in our patient is interesting. Topical and oral metronidazole along with oral diuretic was efficacious in the treatment of our Morbus Morbihan case.

(*Turkish Journal of Dermatology 2009;3: 89-92*)

**Key words:** Morbihan's disease, Morbus Morbihan, diuretic, rosacea, lymphedema, metronidazole

**Received:** 20. 07. 2008

**Accepted:** 13. 04. 2009

## Giriş

Morbus Morbihan 1957 yılında tanımlanan, yüzün üst kısmında, orta hat üzerinde kronik rekürren eritem, ödem ve daha sonra persistan şişlik ve sonuçta fibrotik endurasyon gelişimi ile karakterize bir hastalıktır (1,2). Aynı bir hastalık mı yoksa rozaseanın ender bir komplikasyonu mu olduğu kesin değildir. Rozasea bulguları olmayan ve persistan yüz ödemi olan hastaların varlığı nedeniyle rozasea lenfödemi terimi tamamen uygun görünmemektedir (1). Klinik olarak yüzün üst kısmında, orta hat üzerinde sert, gode bırakmayan ödem mevcuttur. Bu ödem tipik olarak alın, glabella, göz kapakları veya yanaklara lokalizedir (1-3). Hastalığın diğer tipik özellikleri patolojik olmayan laboratuvar ve histopatolojik bulgularla tedaviye direnç göstermesidir (1).

## Olgu

Kırk üç yaşında kadın hasta 5 yıldır devam eden üst dudak, çene ve yanaklardaki tedaviye dirençli ödem nedeniyle başvurdu. Kaşıntı yoktu. Hasta daha önce anjiödem tanısıyla takip edilmekte olup halen akşamları birer tablet loratadin ve levosetirizin ve günde üç tablet feksofenadin kullanmaktaydı. Başvurudan önce fayda görmemekle birlikte her üç ayda bir depo steroid ve ödemin arttığı zamanlarda intramüsküler metilprednizolon yapıldığını belirtiyordu.

Hastanın şikayetleri beş yıl önce kendisinin hoşuna giden hafif bir üst dudak şişliği şeklinde başlamış. Şişlik başlangıçta sabahları olup akşamları kayboluyormuş. Bir - iki yıl içinde şişlik artmaya başlamış ve kızarıklık da oluşmuş. Olgunun şikayetleri zamanla daha da artarak yanaklar ve çeneye doğru yayılmış. Şikayetleri sıcak hava, güneş maruziyeti ve acı biber yeme ile artıyormuş. Hiç sivilce şikayeti olmayan hasta, 10 yıldır aksilla ve inguinal bölgeye lokalize hidradenitis suppurativa tanısıyla izleniyormuş.

Kozmetik intoleransı tanımlayan hasta, diş bakım ürünleri ile şikayetlerinde artış olmadığını ifade ediyordu. Yirmi iki yıldır günde 1-1,5 paket sigara kullanan hasta, son iki yıldır olmayan ancak daha önce stresli dönemlerinde oluşan birkaç anjiödem atağı tanımlıyordu. Soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Dermatolojik muayenede üst dudak, her iki yanak ve çenenin sol tarafında sert, gode bırakmayan ödem ve eritem mevcuttu (Şekil 1). Yanaklar ve burunda telanjiektaziler vardı. Oral mukoza muayenesinde gingival çekilme ve eritem gözlemlendi. Skrotal dil, fasyal paralizi yoktu. Sistemik muayenesinde özellik yoktu.

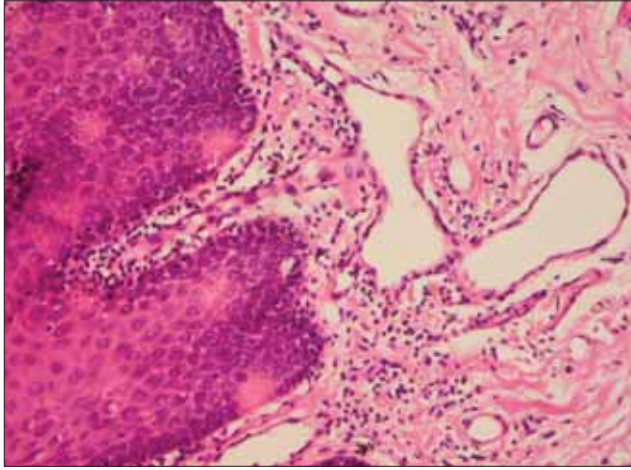
Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, periferik yayma, sedimentasyon, biyokimya (karaciğer ve renal fonksiyonlar, kreatinin fosfokinaz ve laktat dehidrogenaz), amilaz, tiroid hormonları, tiroid otoantikörleri, antinükleer anti-kor, C3, C4, serum kalsiyum ve fosfor düzeyleri, serum immünglobulinleri, VDRL, akciğer grafisi ve tomografisi normal sınırlardaydı. Kontakt alerjenleri tespit etmek için yapılan ve standart yama testi maddelerinin açık olarak uygulandığı ve 30 dakika sonra ürtikeryal reaksiyon varlığının araştırıldığı epikutanöz yama testinde (1) Peru balsamına



Şekil 1. Tedavi öncesi yanak, üst dudak ve çeneyi tutan eritematöz ödemin görünümü

karşı kaşıntılı eritematöz reaksiyon gelişti. Ancak bu reaksiyon ürtikeryal olmaması nedeniyle pozitif kabul edilmedi. Avrupa Standart Serisi ile yapılan yama testinde de pozitiflik saptanmadı. Üst dudaktan yapılan kama biyopsinin histopatolojik incelemesinde skuamöz epitel altında dilate lenfatikler ve çevreleyen mononükleer intihabi infiltrasyonla karakterize kronik lenfödem bulguları saptandı (Şekil 2).

Hastanın öyküsü, klinik bulguları ve histopatolojik değerlendirilmesi ve diğer orofasiyal ödem nedenlerinin ekarte edilmesinin ardından atipik yerleşimli rozasea lenfödemi (Morbus Morbihan) tanısı konuldu. Olguya güneşten koruyucu, kronik lenfödeme yönelik olarak diüretik (indapamid 1x2,5 mg) ile birlikte rozaseaya yönelik olarak metronidazol krem (%1) ve tetrasikline karşı gastrointestinal intolerans tariflediği için sistemik metronidazol (2x500 mg) tedavisi başlandı. Onuncu günde yapılan kontrolde olgunun şikayetlerinin azaldığı ve eritem ve ödem ataklarının kaybolduğu öğrenildi. Üç ay devam edilen tedavi ile olgunun şikayetleri belirgin şekilde geriledi (Şekil 3). Hastanın bu sırada hidradenitis suppurativa ile ilgili şikayetlerinin artması üzerine tedaviye oral izotretinoin ile devam edildi. İkinci hafta sonunda hidradenitis suppurativa lezyonları gerilemeye başladı ancak bu seferde yüzdeki şikayetleri tekrarladı. İzotretinoin tedavisinin etkili olmadığı düşünülerek lenfödeme yönelik eski tedavi yeniden başlandı. Olgunun yapılan kontrollerinde herhangi bir yan etki saptanmadı. Yaklaşık 12 aylık bir süre sonunda bu tedaviye son verilerek topikal %15 azelaik asit tedavisine geçildi. Halen izlemde olan hastanın lezyonlarında artış olmamıştır.



**Şekil 2.** Histopatolojik incelemede skuamöz epitel altında dilate lenfatikler ve çevreleyen mononükleer intihabi infiltrasyon görülmetedir (H&E, 40x10)



**Şekil 3.** Olgunun tedavi altında iken eritematöz ödeminde azalma görülmektedir

### Tartışma

Kronik fasiyal ödem ayırıcı tanısında birçok hastalık düşünülmelidir (2, 4-11) (Tablo 1). Fasiyal eritem ve ödemle başvuran bir olguda ilk olarak düşünülmeli gereken anjiyoödem ve herediter anjiyoödem ödemdir (5,6). Ancak edinsel persistan fasiyal eritem ve ödem varlığında anjiyoödem ve konjenital nedenlerden uzaklaşılır. Enfeksiyöz nedenlerden gingivitis ve diş enfeksiyonlarına bağlı fasiyal ödem, lepromatöz lepra, tekrarlayan bakteriyel erizipel atakları sonrası gelişen lenfödem sayı-

**Tablo 1.** Orofasial Ödem Nedenleri (4-11)

Konjenital	İnflamatuvar
Fasiyal hemihipertrofi	Anjiyoödem
İnfanitil kortikal hiperostozis	Rozasea
Mc-Cune Albright sendromu	Akne vulgaris
Hurler sendromu	Melkersson-Rosenthal sendromu
Diğer depo hastalıkları	Sarkoidoz
Sturge-Weber sendromu	Chrohn hastalığı
Lenfanjiom, hemanjiom	Lupus eritematozus
MEN tip III	Pannikülit
	Skleroderma / morfea
	Ascher sendromu
Enfeksiyöz	Diğer
Rekürren erizipel	Miksödem
Trişinozis	Tiroid otoimmünitesi
Kronik herpes simpleks labialis	Superior vena kava sendromu
Lepra	Sistemik amiloidoz
Tüberküloz (lupus vulgaris)	Eozinofili ile birlikte fasiyal ödem
Gingivitis ve dental enfeksiyonlar	
Malign	
Anjiyosarkom	
Lenfoma	
Lenfosarkom	
Mikozis fungoides	
Lösemi (öz. KLL)	

labilir (4,6,7). Olgumuz diş hekimi ile konsülte edildi ve herhangi bir patoloji saptanmadı. Biyopsi ile hastamızda malin ve granulomatöz hastalıklar ekarte edildi. Dermatomiyozit, skleroderma, amiloidoz ve miksödem gibi hastalıklar klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgularla dışlandı.

Kronik persistan orofasiyal ödem varlığında kontakt hipersensitivite reaksiyonları da düşünülmelidir (5). Olgumuzda yapılan deri testlerinin negatif olması ve destekleyen klinik öykü bulunmaması nedeniyle kontakt hipersensitivite düşünülmemiştir. Superior vena kava sendromu, hastanın klinik bulgularının destekleyici olmaması ve toraks tomografisinin normal olması nedeniyle dışlanmıştır. Abraham ve ark. (10), eozinofili ile birlikte fasiyal ödem, Miralles ve ark. (11), tiroid otoantikorları ile birlikte olan ve tiroksin tedavisine yanıt veren fasiyal ödem olgusu bildirmişlerdir. Olgumuzun yapılan tetkiklerinde eozinofili saptanmadı ve tiroid hormonları ile tiroid otoantikorları normaldi.

Kronik steroid kullanımı sonrası gelişen steroid rozaseası da benzer görünüm sergileyebilir ancak olgumuzun topikal steroid kullanma öyküsü de yoktu (12).

Yüzde akne ve rozaseaya bağlı kronik lenfödem ender olarak gelişebilir (1,4,8,13). Olgumuzda orofasiyal ödeme neden olabilecek tüm hastalıklar dışlandıktan sonra öykü, klinik, histopatolojik ve laboratuvar bulguları birlikte değerlendirilerek atipik yerleşimli rozasea lenfödemi / Morbus Morbihan tanısı konulmuştur.



Rozasealı hastalar yüzde kızarıklık ve hassas deriden şikayetçidirler. Hastaların şikayetlerini bazı kozmetik ürünler arttırabilir (12). Olgumuz da benzer yakınmalar mevcuttu ancak kontakt ürtiker ve allerjik kontakt dermatit açısından yapılan deri testleri negatif idi.

Olgumuza güneşten koruyucu, lokal ve sistemik metronidazol ile oral diüretik başlandı. Olgumuz bu tedaviden belirgin fayda gördü ve atakları tamamen kayboldu, yüzdeki eritem ve ödemi belirgin şekilde geriledi. Metronidazolün rozaseada antiniflamatuvar veya immünsupresif etkisi ile primer olarak nötrofil fonksiyonlarını modifiye ederek ve lökosit kemotaksisini engelleyerek etki gösterdiği düşünülmektedir (2,3,14). Topikal azeleik asit nötrofil kaynaklı reaktif oksijen radikallerinin oluşumunu önleyerek antiinflatuvar etki gösterir ve rozaseada topikal metronidazole kıyasla daha etkin ve güvenilir alternatif bir seçenektir. Metronidazol ve azeleik asidin eritem derecesini azalttığı ve idame tedavide kullanılabileceği bilinmektedir (3). Olgumuzda metronidazol tedavisi ile kontrol sağlandıktan sonra lokal olarak yanma ve batma gibi yan etkiler geliştiği ve klinik etki azaldığı için daha sonra topikal azelaik asit tedavisine geçilmiştir.

Morbus Morbihan genellikle tedaviye dirençlidir (2). Sistemik izotretinoin tedavisinin tek başına veya ketotifen ile birlikte Morbus Morbihan'da etkili olduğu bildirilmiştir (2,3,15). Ancak olgumuzda izotretinoin tedavisi ile artış gözlemlendi ve tek başına izotretinoinin etkisiz olduğu düşünüldü. Literatürde Morbus Morbihan tedavisinde değişken şekilde başarılı olduğu bildirilen diğer tedavi seçenekleri arasında ketotifen ile birlikte veya birlikte olmadan prednizolon ve metronidazol, klofazimin ve izotretinoin, antibiyotikler, interferon- $\gamma$ , lenfatik masaj ve ağır vakalarda radyoterapi ve plastik cerrahi operasyonları yer almaktadır (2,4,15-17).

Morbus Morbihan nadir görülen bir durumdur. Morbus Morbihan tanısı konulmadan önce diğer orofasiyal ödem nedenleri ekarte edilmelidir. Morbus Morbihan tipik olarak orta ve üst yüzü tutmakla birlikte olgumuzda alt yüz bölgesini tutması ilginçtir. Morbus Morbihan tedavisinde literatürde daha önce bildirilmemiş olan oral diüretik tedavisi ile birlikte oral ve topikal metronidazol tedavisinin olgumuzda etkili olduğu gözlemlenmiştir.

## Kaynaklar

1. Wohlrab J, Lueftl M, Marsch WC. Persistent erythema and edema of the midthird and upper aspect of the face (morbus morbihan): Evidence of hidden immunologic contact urticaria and impaired lymphatic drainage. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:595-602.
2. Erbağcı Z. Rosacea lymphedema responding to prednisolone, metronidazole and ketotifen therapy in a patient with alopecia universalis. *Gazi Medical Journal* 2000;11:47-9.
3. Bilen N. Rozase tedavisi. *Dermatose* 2002;3:22-8.
4. Connely MG, Winkelmann RK. Solid facial edema as a complication of acne vulgaris. *Arch Dermatol* 1985;121:87-90.
5. Rees TD. Orofacial granulomatosis and related conditions. *Periodontology* 2000;21:145-57.
6. Manganaro AM, Holmes SM. Persistent lip swelling. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:842-6.
7. Litvyakova LI, Bellanti JA. Orofacial edema: a diagnostic and therapeutic challenge for the clinician. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000;84:188-92.
8. van Delen RG, Maddox DE, Dutta EJ. Masqueraders of angioedema and urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;88:10-5.
9. Jansen T, Romiti R, Messer G, et al. Superior vena cava syndrome presenting as persistent erythematous oedema of the face. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:198-200.
10. Abraham D, Saltoun CA. Facial swelling and eosinophilia in a 44-year-old woman. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89:561-5.
11. Miralles JC, Soriano J, Negro JM. Facial edema associated with thyroid autoimmunity. *Allergol Immunopathol* 2002;30:47-50.
12. Scheinfeld NS. Rosacea. *SKINmed* 2006;5:191-4.
13. Baldwin HE. Systemic therapy for rosacea. *Skin Therapy Lett* 2007;12:1-5,9
14. Millikan L. The proposed inflammatory pathophysiology of rosacea: implications for treatment. *SKINmed*. 2003;2:43-7.
15. Mazzatenta C, Giorgino G, Rubegni P, et al. Solid persistent facial oedema (Morbihan's disease) following rosacea, successfully treated with isotretinoin and ketotifen. *Br J Dermatol* 1997;137:1020-1.
16. Uhara H, Kawachi S, Saida T. Solid facial edema in a patient with rosacea. *J Dermatol* 2000;27:214-6.
17. Méndez-Fernández MA. Surgical treatment of solid facial edema: when everything else fails. *Ann Plast Surg* 1997;39:620-3.

## Enfeksiyon Kökenli Pitriyazis Likenoides et Variolioformis Akuta: Bir Olgu Sunumu

### Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta Due to Infection: A Case Report

Sibel Tekin<sup>1</sup>, Meltem Türkmen<sup>1</sup>, Bengü Gerçeker Türk<sup>1</sup>, Gülşen Kandilloğlu<sup>2</sup>, Can Ceylan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### Özet

Dokuz yaşında kız çocuğu yaklaşık iki ay önce kollarında başlayıp, haftalar içinde yüzünü de içine alacak şekilde tüm vücuduna yayılım gösteren kaşıntılı döküntülerle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde tüm vücutta hemorajik krutla örtülü, yer yer merkezi nekrotik görünümde yaygın papüloskuamöz lezyonlar saptandı. Hastada klinik olarak pitriyazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA) düşünülerek deri biyopsisi alındı. Histopatolojik incelemede epidermiste yaygın ekzositoz ve spongioz, papiller dermada ödem ve eritrosit ekzositozu ile dermada belirgin perivasküler lenfosit infiltrasyonu görüldü. Hastanın boğaz kültüründe *Streptococcus pyogenes* üredi. Ayrıca idrar tetkikinde bol lökosit görülmesi üzerine istenen idrar kültüründe de *Escherichia coli* üredi. Histopatolojik bulguları da PLEVA'yı destekleyen hastaya her iki enfeksiyon ajanına da etkili bulunan ve aynı zamanda PLEVA tedavisinde yeri olan, eritromisin 250mg 4x1 oral olarak başlandı. Tedaviye hızlı bir şekilde yanıt veren hastada, lezyonların yarından fazlasının tedavinin ilk 10 günü içinde gerilediği görüldü. Bu sunumda PLEVA'lı çocuk olgunun sistemik eritromisin sağaltımından sonra göstermiş olduğu hızlı ve dramatik yanıt, literatür bilgileri ışığı altında ele alınmaktadır. (*Türk Dermatoloji Dergisi* 2009;3: 93-6)

**Anahtar kelimeler:** PLEVA, enfeksiyon, tedavi, eritromisin

**Geliş Tarihi:** 07. 03. 2009

**Kabul Tarihi:** 25. 04. 2009

#### Abstract

A nine-year old girl admitted to our clinic with two months history of itchy skin eruption, initially started on the arms and then disseminated to all the body including the face. Dermatological examination revealed extensive papulosquamous lesions covered with hemorrhagic crust and central necrosis. Clinically the diagnosis was thought to be pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) and a skin biopsy was performed from a lesion which revealed exocytosis and spongiosis in epidermis, edema and exocytosis of erythrocytes in papillary dermis, perivascular lymphocytic infiltration in dermis. In laboratory evaluation, oropharyngeal culture was positive for *Streptococcus pyogenes*. The analysis of urine sample revealed leucocyturia and *Escherichia coli* grew on urine culture. Therapy with erythromycin, which was found to be sensitive against both pathogens, and also the main therapeutic agent for PLEVA started 250mg tb 4x1 orally, since the histopathological findings were also compatible with PLEVA. A rapid response was achieved and more than half of the lesions were found to be regressed in ten days. In this report, a child of PLEVA with a rapid and dramatic response to erythromycin therapy is described with a brief literature review.

(*Turkish Journal of Dermatology* 2009;3: 93-6)

**Key words:** PLEVA, infection, therapy, erythromycin

**Received:** 07. 03. 2009

**Accepted:** 25. 04. 2009



## Giriş

Pitriyazis likenoides et varioliformis akuta (PLEVA), Mucha-Habermann hastalığı olarak da bilinen, nadir görülen, etiyolojisi bilinmeyen, sıklıkla çocukları ve genç erişkinleri etkileyen lenfoproliferatif bir deri hastalığıdır (1). Klinik olarak hemorajik ve papülonekrotik lezyonların sıklıkla eşlik ettiği, eritemli-skuamli papüllerle karakterizedir (2-4). PLEVA etiyolojisi bilinmeyen bir hastalık olsa da literatürde ilaçların ve enfeksiyöz ajanların tetikleyici olabileceği bildirilmektedir. Bunların başında üst solunum yolu enfeksiyonları yer almaktadır (5). Tedavide sistemik antibakteriyel ajanlar, fototerapi ve topikal kortikosteroidler kullanılmaktadır. Immunsupresif veya immunomodülatör ajanlar ise sadece hastalığın febril ülseronekrotik formunda önerilmektedir (6). Burada, idrar yolu ve üst solunum yolu enfeksiyonu ile birlikte gösteren PLEVA'lı bir çocuk olgunun sistemik eritromisin sağaltımından sonra göstermiş olduğu hızlı ve dramatik yanıt bildirilmektedir.

## Olgu

Dokuz yaşında kız çocuğu yaklaşık iki ay önce kollarında başlayıp, haftalar içinde yüzünü de içine alacak şekilde tüm vücuduna yayılım gösteren kaşıntılı döküntülerle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde hemorajik krutla örtülü, yer yer ortaları nekrotik görünümde yaygın papülo-skuamöz lezyonlar mevcuttu (Şekil 1). Hastanın sistemik muayenesinde bölgesel lenfadenopati saptanmadı. Alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde yüzeyle parakeratoz ve fibrin birikintileri, epidermiste yaygın ekzositoz ve spongioz ile papiller dermada ödem ve eritrosit ekzositozu, dermada belirgin perivasküler lenfosit infiltrasyonu görüldü (Şekil 2, 3). Olguya klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda PLEVA tanısı konuldu. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (11700/mm<sup>3</sup>) ve eozinofili (%0,5) saptandı. Biyokimya değerleri, akut faz reaktanları ve kompleman düzeyleri normal sınırlardaydı. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde boğaz kültüründe *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*), idrar kültüründe *Escherichia coli* (*E. coli*) üremesi saptandı. Eozinofilisi nedeniyle istenen gaita bakısında parazite rastlanmadı. Viral ve parazit serolojilerinde patolojik bulgu yoktu. Akciğer grafisi, batin ultrasonografisi ve immunolojik göstergelerinde (ANA, ANCA, anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La) bir anormallik yoktu. Tedavide boğaz kültüründe üreme gösteren *S. pyogenes* ile idrar kültüründe üreme gösteren *E. coli*'nin, her ikisinin de duyarlı olduğu eritromisin (p.o., 4x250 mg/gün) başlandı. Hastanın lezyonlarının kaşıntılı olması nedeniyle hidrokizin süspansiyon 1x1, topikal olarak ise ekskoriye alanlara antiseptik pansuman uygulandı. Tedavinin onuncu gününde lezyonların yarıdan fazlasının gerilediği (Şekil 4) ve tedavinin üçüncü haftasında tüm lezyonların skar bırakmadan, yer yer postinflamatuar hipopigmentasyon bırakarak tamamen silindiği gözlemlendi (Şekil 5). Hastanın tedavisi bir aya tamamlandıktan sonra kesildi ve tedavi sonrasında istenen boğaz ve idrar kontrol kültürlerinde üreme saptanmadı. Tedavi kesildikten iki hafta sonra



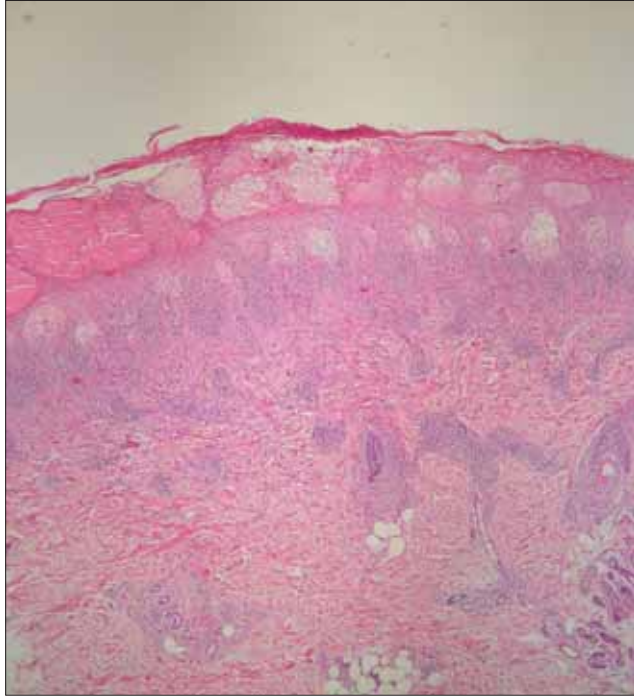
Şekil 1. Gövdede hemorajik kurutlu, merkezi nekrotik papülo-skuamöz lezyonlar

lezyonları nüks eden hastanın tekrarlanan idrar kültüründe yeniden *E. coli* üremesi üzerine antibiyograma göre duyarlı olduğu ve aynı zamanda PLEVA tedavisinde kullanılan eritromisin tedavisi yeniden başlandı ve lezyonların aynı şekilde hızla silindiği gözlemlendi. Tedavi bir aya tamamlandı ve iki yıllık izlemede nüks gözlemlenmedi.

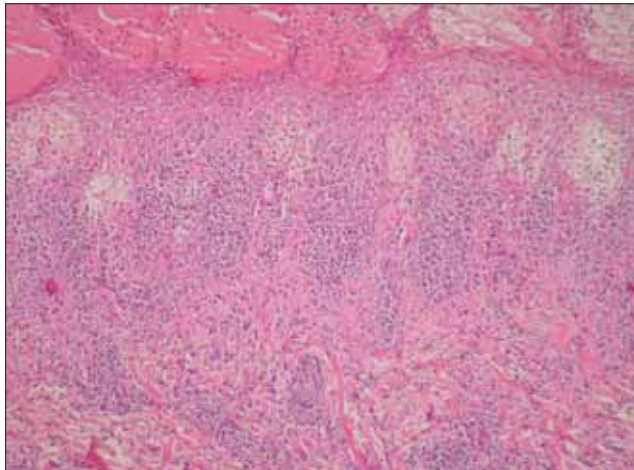
## Tartışma

PLEVA, sıklıkla çocukları ve genç erişkinleri etkileyen etiyolojisi bilinmeyen bir deri hastalığıdır (2-4). Nadir görülen bir hastalık olup başlıca genç erişkinlerde görülür (7). Ancak hastalık çocuklarda nadir değildir; Romani ve ark.'nın (8) serisinde tüm PLEVA popülasyonunun %18,6'sını çocukların oluşturduğu belirtilmektedir. Seyrek rastlanması nedeniyle insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, Brezilya'da pitriyazis likenoides kronika insidansı 1/2000, PLEVA insidansı ise bu değer 1/3-1/6'sı olarak bildirilmiştir (3). Cinsiyet sıklığının eşit olduğu bildirilmekle beraber erkeklerde daha sık görüldüğünü belirten yayınlar da bulunmaktadır (9).

PLEVA'nın etiyolojisi bilinmemekte; ancak enfeksiyon ajanlarının tetiklediği bir hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir. Hastalığı tetiklediği bildirilen enfeksiyon ajanları arasında başlıca viral ve bakteriyel üst solunum yolu enfeksiyon ajanları ile *chickenpox* virus, Epstein-Barr virüs,



**Şekil 2.** Yüzeşte parakeratoz, parakeratoz tabakası içinde fibrin ve serum içeren veziküller, papiller dermada belirgin ödem, yüzeşte ve derin dermada belirgin perivasküler yangısal infiltrasyon (100X)



**Şekil 3.** Epidermisin yüzeşte bölümünde veziküller, bazal ünitede belirgin lenfosit eksozitozu ve papiller dermada ödem (200X)

*Toxoplasma gondii* ve HIV yer almaktadır (5,10). Bizim olgumuzun da boğaz sürüntüsünde *S. pyogenes* ve idrar kültüründe *E. coli* üremiştir. PLEVA tedavisinde ilk seçenekler arasında yer alması yanı sıra üreyen enfeksiyon ajanlarından her ikisinin de duyarlı olması nedeniyle hastaya bir ay süreyle eritromisin verilmiş, tedavinin üçüncü haftasında tam silinme görülmüştür. Tedaviden iki hafta sonra PLEVA lezyonlarının nüks etmesi üzerine tekrarlanan kültürlerinde *E. coli*'nin etken olduğu idrar yolu enfeksiyonu



**Şekil 4.** Eritromisin tedavisinin onuncu gününde hastanın lezyonlarında kısmi düzelme

tekrar saptanmıştır. *E. coli*'nin etken olduğu idrar yolu enfeksiyonunun tedavisi ile lezyonların gerilemesi ve enfeksiyonun tekrarlamasıyla aynı lezyonların nüks etmesi, bu olguda PLEVA etyolojisinde *E. coli*'nin rol oynadığını desteklemektedir.

Hastalık özellikle gövde ve kolların fleksör yüzlerinde proksimalde, nekrotik lezyonları da içeren papülo-veziküllerin ortaya çıkması ile karakterizedir. Lezyonlar, merkezinde vezikül ve bazen de hemorajik nekroz bulunan kırmızı-kahverengi papüllerden oluşur. Bazen erüpsiyon tüm vücutta yayılabilir. Müköz membran tutulumu oldukça nadirdir. Lezyonlar hipo- hiperpigmentasyon veya varioliform skar bırakabilir (7).

Gelmetti ve ark. (2), çocuklarda hastalık süresinin dağılım şekline göre farklılık gösterdiğini saptamışlardır. Periferik ya da santral dağılım gösterenlerin yaygın dağılım gösterenlere göre daha geç iyileştiği belirtilmektedir (9). Bu nedenle pitriyazis likenoidesin akut ve kronik olarak ayrımı yerine santral, periferik ve yaygın olarak ayrılmasını önermişlerdir (2). Buna karşılık, Romani ve ark. (8), 118 pitriyazis likenoidesli hasta arasından inceledikleri 22 çocuk hastada lezyon dağılımı ile prognoz arasında ilişki saptamışlardır. Yüz de dahil olmak üzere tüm vücutta yaygın lezyonları olan bizim olgumuzda ise oral eritromisin tedavisine günler içinde dramatik yanıt alınmış ve lezyonlar



**Şekil 5.** Eritromisin tedavisinin üçüncü haftasında lezyonlarının tamamında silinme

skar bırakmadan yer yer hipopigmentasyon bırakarak iyileşmiştir.

PLEVA'nın halen özgün bir tedavisi bulunmamaktadır. Topikal steroidler ve oral antihistaminiklerin inflamasyonu azaltmalarına rağmen hastalığın süresini etkilemedikleri bildirilmektedir (3,4). Etiyolojide enfeksiyon odağı saptanmasa bile tedavide en az bir ay süre ile başta antibiyotik kullanımı önerilmektedir. Tetrasiklin ve eritromisin ile başarılı

sonuçlar alınmakla birlikte tedavi sonrasında hastalık sıklıkla nüks etmektedir (4). Bununla birlikte antibiyotiklerin azaltılarak uzun sürede kesilmesinin nüks riskini azalttığı belirtilmektedir (9).

Bu olgu, hastalığın etiyolojisinde *E. coli*'ye bağlı idrar yolu enfeksiyonu ve *S. pyogenes*'e bağlı üst solunum yolu enfeksiyonu saptanması ve tedavide eritromisine dramatik yanıt vermesi nedeniyle sunulmuştur.

### Kaynaklar

1. Akay N, Erdem C. Kronik aktinik dermatit ve klonal dermatitler. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2:47-50.
2. Gelmetti C. Pityriasis lichenoides in children: A long term follow up of eighty-nine cases. J Am Acad Dermatol 1990;23:473-8.
3. Daoud MS, Pittelkow MR. Pityriasis lichenoides. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen Az, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz JI. 6th ed. New York, McGraw-Hill; 2003. p. 456-63.
4. Patel DG, Kihiczak G, Schwartz RA, et al. Pityriasis lichenoides. Cutis 2000;65:17-20, 23.
5. Ersoy-Evans S, Greco F, Mancini A, Subasi N, Paller AS. Pityriasis lichenoides in childhood: A retrospective review of 124 patients. J Am Acad Dermatol 2006;56:205-10.
6. Khachemoune A, Blyumin ML. Pityriasis lichenoides: pathophysiology, classification, and treatment. Am J Clin Dermatol 2007;8:29-36.
7. Ricci G, Patrizi A, Misciali D, Masi M. Pathological case of the month. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;15:195-6.
8. Romani J, Puig L, Fernandez-Figueros MT, et al. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. Pediatr Dermatol 1998;15:1-6.
9. Özdil S, Boztepe G, Karaduman A ve ark. Pityriasis lichenoides; 75 olguluk retrospektif çalışma. Turkderm 2004;38:195-8.
10. Klein PA, Jones EC, Nelson JL, Clark RA. Infectious causes of pityriasis lichenoides: a case of fulminant infectious mononucleosis. J Am Acad Dermatol. 2003;49:151-3.

## Nadir Bir Vulvar Langerhans Hücreli Histiyoitoz Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

### A Rare Case of Vulvar Langerhans Cell Histiocytosis and Review of the Literature

Didem Didar Balcı<sup>1</sup>, Nihal Kundakçı<sup>2</sup>, Mehmet Salih Gürel<sup>3</sup>, Mehmet Yıldız<sup>4</sup>,  
Çiğdem Asena Doğramacı<sup>1</sup>, Bengü Nisa Akay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>İstanbul Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

#### Özet

Langerhans hücreli histiyoitoz (LHH)'un vulva tutulumu oldukça nadirdir. Otuziki yaşında bayan hasta 2 yıldır iyileşmeyen vulva ülserasyonu ve dokuz aydır sol kasıkta varolan ülseratif nodüler lezyon öyküsüyle başvurdu. Vulva ve kasık lezyonlarının biyopsi sonuçları LHH ile uyumluydu. Yapılan sistem taramasında; hepatosplenomegali, iliyak, inguinal, paraaortik lenf nodları ve akciğer tutulumu saptandı. Sistemik steroidle tedavi edilen hastanın vulvar lezyonu tamamıyla iyileşme gösterdi. Ayrıca sol kasıktaki lezyonu lokal olarak eksize edildi. Üç ay sonra sol kasıkta rekürrens ile uyumlu lezyon ve lenf nodlarında büyüme saptandı. Bu nedenle hastaya yüksek doz sistemik steroid tedavisi ve sonrasında 12 seans radyoterapi uygulandı. Tedavi sonrasında hastalığın tamamen gerilediği izlendi. Nüksü önlemek için bir yıl süreyle sistemik metotreksat tedavisi önerildi. Kadınlarda vulva ülserlerinin ayırıcı tanısında LHH de akılda bulundurulmalıdır. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009;3: 97-103*)

**Anahtar kelimeler:** Langerhans hücreli histiyoitoz, vulva, ülser

**Geliş Tarihi:** 03. 01. 2009

**Kabul Tarihi:** 26. 03. 2009

#### Abstract

Langerhans cell histiocytosis (LCH) of the vulva is rare. A 32 year-old woman presented with a two year history of non-healing vulvar ulceration and a nine month history of ulcerative nodular lesion in the left inguinal region. Biopsy results of the vulva and inguinal lesions were consistent with LCH. Screening of the body systems revealed hepatosplenomegaly, iliac, inguinal, paraaortic lymph nodes and lung involvement. She was treated with systemic steroid, resulting in complete improvement of vulvar lesion. She also underwent a local excision of left inguinal lesion. Three months later, we found a lesion on her left inguinal region that was consistent with a recurrence and enlargement in the lymph nodes. Therefore, high dose systemic steroid therapy and then a 12-session radiotherapy were given. After the treatment, a complete improvement was obtained. A 1-year of systemic methotrexate therapy was recommended to prevent recurrence of the disease. In women with vulvar ulcer, LCH should be considered in the differential diagnosis.

(*Turkish Journal of Dermatology 2009;3: 97-103*)

**Key words:** Langerhans cell histiocytosis, vulva, ulcer

**Received:** 03. 01. 2009

**Accepted:** 26. 03. 2009



## Giriş

Langerhans hücreli histiositoz (LHH), etyolojisi ve patogenezi bilinmeyen, patolojik Langerhans hücrelerinin çeşitli dokularda birikimi ve infiltrasyonu ile karakterize nadir proliferatif bir hastalıktır. Sıklıkla 1-3 yaş arası erkek çocuklarda görülse de tüm yaş gruplarında ortaya çıkabilmektedir. Erişkinlerde, kadınlarda daha sık olarak ortaya çıkar. Hastalığın yıllık insidansı çocuklarda 5/1000000 iken erişkinlerde çocuklarda görülenin 1/3'ünden daha azdır. Hastalığın klinik görünümü, klinik gidişi ve prognozu oldukça çeşitlilik gösterir. Vücudun yalnızca tek bir organını tutan hafif unifokal hastalıktan organ disfonksiyonuna ve ölüme yol açan multiorgan tutulumlu hastalığa kadar değişen klinik spektruma sahiptir. LHH erişkinlerde nadirdir, sıklıkla deri, akciğer ve kemik tutulumuyla kendini gösterir. LHH, Letterer-Siwe hastalığı, Hand-Schüller-Christian hastalığı, eozinofilik granülom ve konjenital kendiliğinden iyileşen retikülohistiositoz adlı dört belirgin formdan oluşsa da bazen örtüşme sendromları şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Deri lezyonları; saçlı deri, fleksör alanlar veya gövdede yerleşmiş skuamli, krutlu, pembe papüller, püstüller veya veziküller, peteşi, purpuralar, oral veya genital bölgede ülseratif nodüller şeklinde izlenebilmektedir. Deri lezyonlarına ek olarak akciğer, karaciğer, lenf nodu, kemik ve hematopoetik sistem tutulumu, gözde egzozoftalmus ve arka hipofiz tutulumuna bağlı diyabetes insipidus görülebilir (1). LHH, kadın genital sisteminde oldukça nadir olarak ortaya çıkar. Hastalık vulva, serviks, endometriyum ve overlerde izlenebilir (2,3). Literatürde vulvar tutulum gösteren az sayıda LHH olgusu bildirilmiştir (2-30). Burada, primer vulva tutulumuna

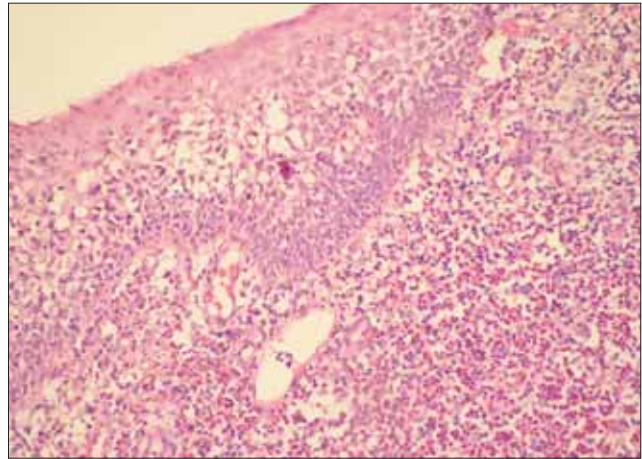
lenf nodları, lokalize akciğer tutulumu ve hepatosplenomegalinin eşlik ettiği multiorgan tutulumlu 32 yaşında kadın LHH olgusu sunulmuştur.

## Olgu

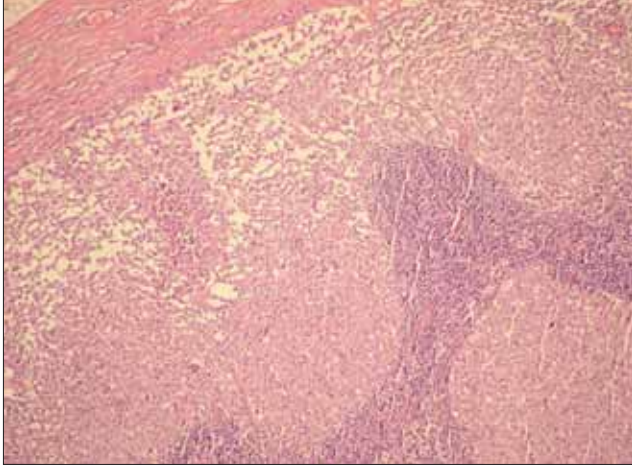
Otuz iki yaşında kadın hasta vulvada iki yıldır iyileşmeyen yara şikayetiyle başvurdu. Daha önce kullanmış olduğu topikal antibiyotikli krem, çok sayıda sistemik antibiyotik tedavisi ve koterizasyon tedavilerinden hiç fayda görmediğini ifade eden hasta son dokuz aydır sol kasıkta da benzer şekilde iyileşmeyen yarası olduğunu ifade etmekteydi. Ağzında yılda üçten fazla tekrarlayan yaralar çıktığını, bunların on gün sürüp gerilediğini belirten hastanın özgeçmişinde hipertansiyon dışında özellik belirlenmedi. Ailesinde herhangi bir deri hastalığı öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede, klitoral alanda 1x1 cm çapında ülserasyon alanı (Şekil 1), sol inguinal alanda 1x1 cm çapında ülser nodüler lezyon belirlendi. Hemogram: Hb: 10.1, Hct: 30, MCV: 73.3 dışında normaldi. Sedimentasyon: 90 mm/saat idi. Biyokimyasal tetkikleri ve kanama profili normal sınırlardaydı. Hepatit belirteçleri (-), VDRL (-), Anti HIV (-) olarak saptandı. Vulvadaki ülser lezyondan yapılan direkt bakı ve bakteriyel kültür negatifti. Paterji testi negatif, göz muayenesi normaldi. Vulvadaki ülser zemininden alınan *punch* biyopside intakt skuamöz epitel altında Langerhans tipi çok sayıda histiositler arasında eozinofiller, lenfositler, nötrofiller izlenirken (Şekil 2), sol inguinal bölgedeki ülser nodüler dökünün eksizyonel biyopsisinde; lenf nodunda aralarında eozinofillerin de bulunduğu mononükleer ve multinükleer Langerhans hücrelerinin sinüzoidal infiltrasyonu izlendi. Hücrelerin çentikli ve yarıklan-



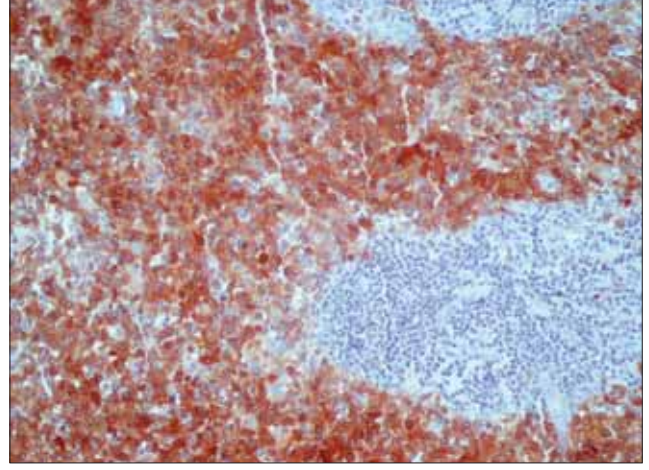
Şekil 1. Klitoral alanda 1x1 cm çaplı ülserasyon alanı



Şekil 2. Aralarında eozinofillerin de bulunduğu mononükleer ve multinükleer Langerhans hücreleri (H&Ex100)



**Şekil 3.** Lenf nodunda aralarında eozinofillerin de bulunduğu mononükleer ve multinükleer Langerhans hücrelerinin sinüzoidal infiltrasyonu (H&E x 100)

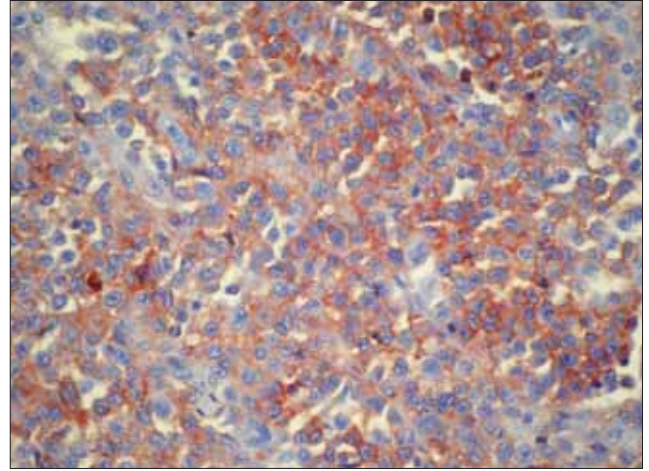


**Şekil 4.** S-100 ile pozitif boyanan Langerhans hücreleri (S-100x200)

ma gösteren nükleusa ve bol eozinofilik sitoplazmaya sahip olduğu görüldü (Şekil 3). İmmünohistokimyasal incelemede hücrelerin S-100, CD1a, vimentin ile pozitif ve CD68 ile oldukça zayıf pozitif boyandığı görüldü (Şekil 4, 5). CD3, CD20, LCA, EMA, sitokeratin, CD117, CD34 ile boyama negatif idi. Hastaya mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde LHH tanısı konuldu. Multisistem tutulumu açısından tetkikleri istenen hastanın batin ultrasonografisinde hepatosplenomegali, abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde paraaortik, sol iliak ve sol inguinal bölgede en büyüğü 1x0.5 cm boyutlarında lenf nodları izlendi.

Toraks BT'de her iki akciğerde LHH tutulumu ile uyumlu lokalize ince duvarlı hava kistleri izlendi. Solunum fonksiyon testleri normaldi. Kraniyal BT, kemik surveyi, tüm vücut kemik sintigrafisi, hipofiz manyetik rezonans görüntüleme (MRG) normal olarak rapor edildi. Somatomedin C, büyüme hormonu, tiroid fonksiyon testleri, östradiol, prolaktin, kortizol ve antidiüretik hormon normal sınırlardaydı. Periferik yayma, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi normaldi. Mevcut radyolojik, hormonal ve hematolojik tetkikler ışığında hipofiz, kemik ve kemik iliği tutulumu düşünülmedi.

Hastaya 80 mg/gün (1mg/kg/gün) sistemik prednizolon tedavisi başlandı. Üç ay boyunca tedaviye devam edildi ve vulvadaki ülserasyonun tamamen gerilediği izlendi. Üç ay sonunda kademeli olarak steroid tedavisi sonlandırıldı. Tedaviden sonraki aylık kontrollerinde vulvada nüks saptanmadı. İkinci aydaki kontrol toraks BT'sinde ve muayenesinde akciğerlerdeki bulguların stabil olduğu görüldü ve izlem önerildi. Ancak yapılan kontrol abdomen BT ve pelvik MRG'de sol inguinal, sağ ve sol internal iliak zincir-



**Şekil 5.** CD1a ile pozitif boyanan Langerhans hücreleri (CD1ax400)

de en büyüğü 4 cm olan lenfadenopatiler izlendi. Sol inguinal bölgedeki lenfadenopatilerin total eksizyon ve steroid tedavisi ile tamamen gerilemediği, iliak zincirdekilerin ise steroid tedavisine rağmen büyüdüğü saptandı. Ayrıca tedavi sonrası üçüncü ayda sol inguinal alanda eritemli zeminde 0.5x0.3 ila 0.2x0.2 cm çaplı iki adet ülserasyon alanının oluştuğu izlendi. Hastayı mevcut bulgularla onkoloji bölümü değerlendirdi. Hastaya tekrar 140 mg/gün sistemik prednizolon tedavisi başlandı. Bir aylık prednizolon tedavisi sonrası hastaya 12 seans radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrasında hastalığın klinik ve radyolojik olarak tamamen gerilediği izlendi. Nüksü önlemek için hastaya bir yıl süreyle sistemik metotreksat tedavisi (20 mg/hafta) önerildi.



## Tartışma

LHH; etyolojisi ve patogenezi bilinmeyen, Langerhans hücrelerinin anormal klonal proliferasyonu ve çeşitli doku ve organlarda birikimiyle karakterize proliferatif bir hastalıktır. Tanıda karakteristik klinik bulgularla birlikte histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular önemlidir. Elektron mikroskopide Birbeck granüllerinin görülmesi kesin tanıyı sağlasa da günümüzde nadiren uygulanabilmektedir. LHH'de immünohistokimyasal olarak S-100 ve CD1a ekspresyonu tipiktir. Bizim olgumuzda da immünohistokimyasal incelemede hücrelerin S-100 ve CD1a ile pozitif boyandığı izlendi. Olguların %80'inden fazlasında vimentin, CD74, HLA-DR, değişen şiddette CD68 immünopozitifdir (1,7,13,31,32). Langerin (tip 2 transmembran C-tip lektin), Langerhans hücrelerindeki Birbeck granüllerinin biçimlenmesiyle ilişkili bir protein olup, immünohistokimyasal ekspresyonu LHH için yüksek derecede duyarlı ve rölatif olarak özgündür (33).

LHH; kadın genital sisteminde nadir olup literatürde vulva, vajina, serviks, uterus ve overlerde rapor edilmiştir. Hastalık kadın genital sisteminde dört belirgin formda izlenir: genital sisteme lokalize izole LHH, multiorgan tutulumuyla birliktelik gösteren genital sistem LHH'si, genital ve multiorgan tutulumlu oral yada kutan LHH, diyabetes insipidus ile birlikte genital ve multiorgan tutulumu gösteren form (3). Bizim olgumuzda vulva tutulumunun izlendiği genital sistem LHH'siyle beraber lenf nodları, lokalize akciğer tutulumu ve hepatosplenomegaliyle karakterize multiorgan tutulumu izlendi.

Vulvar tutulum, pruritus, ağrı, akıntı gibi semptomların yanısıra labiyum majus ve minusta eritemli papüller, nodül, ülser, eritematöz plak ya da kondilomatöz döküntü tarzında lezyonlarla karşımıza çıkabilir (2-30). Bizim olgumuzda da vulva lezyonu ülser şeklindeydi.

LHH'nin papül ve plak tarzı vulva lezyonlarının ayırıcı tanısında; seboreik dermatit, kontakt dermatit, Paget's hastalığı, ülser vulva lezyonlarının ayırıcı tanısında; Crohn hastalığı, Behçet hastalığı, Lipschütz ülserleri, vulvovajinal tüberküloz, skuamöz hücreli karsinom, malin melanom, bazal hücreli karsinom, birinci evre sifiliz, herpes genitalis, granüloma inguinale, lenfograduloma venereum ve ulkus molle düşünülmelidir (8,11,13). Hastamızda yapılan serolojik, mikrobiyolojik, histopatolojik tetkikler,

paterji testi ve göz konsültasyonu sonucunda ayırıcı tanıda düşünülen diğer hastalıklar dışlanarak LHH tanısı konulmuştur.

Literatürde şimdiye kadar bildirilen vulvar LHH olgularının bir kısmı sadece vulva tutulumu gösterirken diğer bir kısmında vulva lezyonuna ek olarak serviks, akciğer, kemik, gingiva, hipofiz veya aksilla, saçlı deri ve kasık gibi diğer deri bölgeleri tutulumu göstermişlerdir (2-30, Tablo 1). Genital LHH tedavisi üzerine yapılmış rando-mize klinik çalışmaların olmaması ve az sayıda bildirilmiş olgu olması nedeniyle vulvar LHH için standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Genellikle tedavi yaklaşımını belirleyen temel unsur sistemik tutulumun varlığıdır. Genital bölge ve kemiği tutan izole LHH spontan regresyon gösterebilir. Vulvaya lokalize hastalıkta topikal steroid, rezeksiyon (kısmi ya da geniş vulvar eksizyon), topikal nitrojen mustard, PUVA, radyoterapi, talidomid ya da sistemik kemoterapi uygulanabilir. Multiorgan tutulumunda yüksek doz prednizolon ya da tek ajanlı kemoterapi (vinblastin, vinkristin, 6-merkaptopürin, metotreksat, siklofosamid, alkilleyici ajanlar ve etoposid) olmak üzere iki seçenek mevcuttur. Ancak multi ajan kemoterapiyle daha iyi yanıt ve daha düşük rekürrens bildirilmiştir. Siklosporin ve 2-klorodeoksia-denozyd rekürrens hastalıkta faydalı bulunmuştur. Literatürde bu tedavi seçenekleri ile tam yanıt ile yanıt-sızlık arasında değişen ve rekürrens de gösterebilen olgular bildirilmiştir (2-31, Tablo 1). Vulva, lenf nodu ve akciğer tutulumu izlenen olgumuzda sistemik steroid tedavisiyle vulva lezyonunda tamamen gerileme izlenip, nüks saptanmadı. Sol inguinal bölgedeki ülser lenf nodu, eksizyon ve sistemik steroid tedavisine rağmen tamamen gerilemedi ve üçüncü ayda inguinal bölge derisinde nüks izlendi. Ayrıca iliak zincirdeki lenfadenopatilerde büyüme görüldü. Hastaya tekrar yüksek doz sistemik steroid tedavisi başlandı ve devamında radyoterapi uygulandı. Hastalığın uygulanan tedavi sonrasında tamamen gerilediği izlendi. Takipte olası nüksü önlemek için hastaya 1 yıl süreyle sistemik metotreksat tedavisi başlandı.

Sonuç olarak burada erişkin hastada oldukça nadir görülen vulvar LHH olgusu literatür eşliğinde tedavi yaklaşımlarıyla beraber tartışılmıştır. Çok nadir görülmesine rağmen vulvar lezyonların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

**Tablo 1.** Literatürde bildirilmiş tüm vulvar LHH olguları

Otör	Yaş	Tedavi	Yanıt	Sistemik tutulum
Venizelos, et al.	64	Vulvektomi, RT	Tam yanıt	(-)
Dietrich, et al.	29	Lokal eksizyon, RT, prednizolon, radikal vulvar eksizyon	Kısmi yanıt, rekürrens	(-)
	41	RT, KT, lokal vulvar eksizyon, metotrexat	Yanıt yok Belirtilmemiş	Karaciğer, hipofiz
Ishigaki, et al.	65	Tam eksizyon	Tam yanıt	(-)
Santillan, et al.	33	Radikal vulvektomi, talidomid, RT	Tam yanıt	(-)
Padula, et al.	31	RT, radikal vulvektomi, talidomid	Tam yanıt	(-)
	52	RT	Hastalıklı yaşam	Kemik, oral kavite
Pather, et al.	45	Lokal eksizyon, RT	Tam yanıt	(-)
Solano, et al.	40	Lokal eksizyon, KT	Tam yanıt	(-)
Prignano, et al.	64	KT	Tam yanıt	hipofiz
Savell, et al.	76	KT	Tam yanıt	(-)
Blaauwgeers, et al.	82	Lokal eksizyon, RT	Hastalıklı yaşam	Veri yok
Voelklein, et al.	36	RT	Tam yanıt	(-)
Axiotis, et al.	85	Steroid	Yanıt yok	(-)
	38	Cerrahi eksizyon	Tam yanıt	(-)
	42	RT	Kısmi yanıt	(-)
	29	Cerrahi eksizyon, RT	Yanıt yok	(-)
	Veri yok	Cerrahi eksizyon	Tam yanıt	(-)
	36	RT, cerrahi eksizyon, steroid	Yanıt yok	Hipofiz, akciğer, kemik
	36	Cerrahi eksizyon	Tam yanıt	Akciğer
	20	RT	Tam yanıt	Kemik
	35	RT	Tam yanıt	Hipofiz
	22	Steroid	Tam yanıt	Kemik
Rose, et al.	42	RT	Tam yanıt	(-)
Weidman, et al.	Veri yok	Lokal eksizyon	Kısmi yanıt	Veri yok
Pan, et al.	48	Lokal eksizyon	Tam yanıt	(-)
Stentella, et al.	19	KT, kortikosteroid	Tam yanıt	Kemik
Thomas, et al.	53	RT, KT	Tam yanıt	Akciğer, hipofiz
Gnassia, et al.	32	Talidomid	Tam yanıt	Veri yok
Meehan, et al.	76/54	Veri yok	Veri yok	(-)
Takata, et al.	62	RT, Cerrahi eksizyon	Tam yanıt	Kemik
Modi, et al.	65	RT	Tam yanıt	(-)



Hoang, et al.	46	Veri yok	Veri yok	Veri yok, aksilla, saçlı deri ,kasık
Mottl, et al.	16.5	KT	Tam yanıt	(-)
Liu, et al.	32	KT	Kısmi yanıt	Gingiva, kemik, hipofiz
Fernandez Flores, et al.	72	Topikal kortikosteroid	Tam yanıt	(-)
Elas, et al.	76 39	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Otis, et al.	2,5	KT	Veri yok	Kemik, dalak, orta kulak
Bongiorno, et al.	32	KT, prednizolon	Tam yanıt	Hipofiz, akciğer, kemik
Wong, et al.	13	Veri yok	Veri yok	(+)
KT: Kemoterapi, RT: Radyoterapi				

## Kaynaklar

- Goodman WT, Barrett T. Histiocytoses. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. Spain: Mosby; 2008. p.1395-410.
- Axiotis CA, Merino MJ, Duray PH. Langerhans cell histiocytosis of the female genital tract. *Cancer* 1991;67: 1650-60.
- Stentella P, Cipriano L, Covello R, et al. Langerhans cell histiocytosis of vulva and cervix in a 19-year-old woman. *Gynecol Obstet Invest* 1997;44:67-9.
- Pather S, Moodley JM, Bramdev A. Isolated Langerhans cell histiocytosis of the vulva: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 2001;27:111-5.
- Solano T, Espana A, Sola J, Lopez G. Langerhans' cell histiocytosis on the vulva. *Gynecol Oncol* 2000;78: 251-4.
- Takata M, Taniguchi A, Imai T, et al. An adult case of histiocytosis X with a vulvar ulcer and multiple bone lesions. *J Dermatol* 1994;21:259-63.
- Bongiorno MR, Pistone G, de Giorgi V, et al. Clinical and immunohistochemical evaluation of the vulvar Langerhans cell histiocytosis. *Dermatol Ther* 2008;21: 15-20.
- Santillan A, Montero AJ, Kavanagh JJ, et al. Vulvar Langerhans cell histiocytosis: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2003;91:241-6.
- Ishigaki H, Hatta N, Yamada M, et al. Localised vulva Langerhans cell histiocytosis. *Eur J Dermatol* 2004;14: 412-4.
- Dietrich JE, Edwards C, Laucirica R, et al. Langerhans cell histiocytosis of the vulva: two case reports. *J Low Genit Tract Dis* 2004;8:147-9.
- Venizelos ID, Mandala E, Tatsiou ZA, et al. Primary langerhans cell histiocytosis of the vulva. *Int J Gynecol Pathol* 2006;25:48-51.
- Fernandez Flores A, Mallo S. Langerhans cell histiocytosis of vulva. *Dermatol Online J* 2006;12:15.
- Mottl H, Rob L, Stary J, et al. Langerhans cell histiocytosis of vulva in adolescent. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:520-4.
- Liu YH, Fan XH, Fang K. Langerhans' cell histiocytosis with multisystem involvement in an adult. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:765-8.
- Savell V, Hanna R, Benda JA, et al. Histiocytosis X of the vulva with a confusing clinical and pathologic presentation. A case report. *J Reprod Med* 1995;40:323-6.
- Voelklein K, Horny HP, Marzusch K, et al. Primary Langerhans cell histiocytosis of the vulva. *Gynecol Obstet Invest* 1993;36:189-90.
- Padula A, Medeiros LJ, Silva EG, et al. Isolated vulvar Langerhans cell histiocytosis: report of two cases. *Int J Gynecol Pathol* 2004;23:278-83.
- Prignano F, Domenici L, Carli P, et al. Langerhans cell histiocytosis of the vulva: an ultrastructural study. *Ultrastruct Pathol* 1999;23:127-32.
- Blaauwgeers JL, Bleker OP, Veltkamp S, et al. Langerhans cell histiocytosis of the vulva. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;48:145-8.
- Rose PG, Johnston GC, O'Toole RV. Pure cutaneous histiocytosis X of the vulva. *Obstet Gynecol* 1984;64:587-90.
- Weidman FD. The "eosinophilic granulomas" of the skin. *Arch Derm Syphilol* 1947;55:155-75.
- Pan Z, Sharma S, Sharma P. Primary langerhans cell histiocytosis of the vulva: report of a case and brief review of the literature. *Indian J Pathol Microbiol* 2009;52:65-8.
- Thomas R, Barnhill D, Bibro M, et al. Histiocytosis-X in gynecology: a case presentation and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1986;67:46S-49S.
- Gnassia AM, Gnassia T, Bonvalet D, et al. Histiocytose X' granuloma eosinophile vulvaire. Effect spectaculaire de la thalidomide. *Ann Dermatol Venerik* 1987;114: 1387-9.

25. Meehan SA, Smoller BR. Cutaneous Langerhans cell histiocytosis of the genitalia in the elderly: a report of three cases. *J Cutan Pathol* 1998;25:370-4.
26. Modi D, Schulz EJ. Skin ulceration as sole manifestation of Langerhans-cell histiocytosis. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:212-5.
27. Hoang MP, Owen SA, Haisley-Royster C, et al. Papular eruption of the scalp accompanied by axillary and vulvar ulcerations. *Arch Dermatol* 2001;137:1241-6.
28. Elas D, Benda JA, Galask RP. Langerhans' cell histiocytosis of the vulva: the Iowa experience. *J Reprod Med* 2008;53:417-9.
29. Otis CN, Fischer RA, Johnson N, et al. Histiocytosis X of the vulva: a case report and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1990;75:555-8.
30. Wong KK, Lin HP, Looi LM. Histiocytosis X and vulvar ulceration. *Int J Gynaecol Obstet* 1992;39:131-4.
31. Satter EK, High WA. Langerhans cell histiocytosis: a review of the current recommendations of the Histiocyte Society. *Pediatr Dermatol*. 2008;25:291-5.
32. Hage C, Willman CL, Favara BE, et al. Langerhans' cell histiocytosis (histiocytosis X): immunophenotype and growth fraction. *Hum Pathol* 1993;24:840-45.
33. Lau SK, Chu PG, Weiss LM. Immunohistochemical expression of Langerin in Langerhans cell histiocytosis and non-Langerhans cell histiocytic disorders. *Am J Surg Pathol* 2008;32:615-9.

## Bir Tinea Fasiyalis İnkognito Olgusu

### A Case of Tinea Facialis Incognito

Nezih Karaca<sup>1</sup>, Işıl Kılınç Karaarslan<sup>2</sup>, İlgen Ertam<sup>2</sup>, Derya Aytımur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Sayın Editör,

Tinea fasiyalis, sık görülmeyen yüzde kılsız deriyi tutan yüzeysel bir dermatofit enfeksiyonudur (1). Tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte 6-15 yaş ile 20-40 yaş aralıklarında sık görülmektedir (2,3). Tinea fasiyalisin klinik görünümü özellikle yanlış tanı nedeniyle kullanılan topikal ajanlarla değişerek tanı koymak daha da zor hale gelebilmektedir. Dahası, tinea fasiyalis, tinea korporisin en çok yanlış tanınan formudur (4).

Tinea inkognito, yanlış dermatolojik tanı nedeniyle topikal ya da sistemik steroid kullanımı sonucu ortaya çıkan, fungal enfeksiyonun farklı bir klinik görünüm kazanmasına neden olan dermatofitik bir enfeksiyondur (5). Tinea fasiyalisli olgularda steroid kullanımı sonucu ortaya çıkan tablo ise tinea fasiyalis inkognito olarak adlandırılmaktadır.

Kırk iki yaşında erkek hasta üç ay önce her iki yanak bölgesinde ortaya çıkan kızarıklıklar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri ilk olarak her iki yanak bölgesinde bir kızarıklık şeklinde başlamış ve giderek lezyon genişleyerek kaşıntı yakınması eklenmişti. Başvurduğu hekim tarafından hastaya topikal mometazon furoat tedavisi verilmiş ancak bir ay boyunca kullanmasına rağmen lezyonlarda düzelme olmayıp artış gözlenmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişti. Hasta şikayetlerinin güneş ile maruziyetle şiddetlendiğini belirtiyordu.

Dermatolojik bakıda bilateral maksiller bölgelerde keskin sınırlı, eritemli, yer yer telenjektazilerin izlendiği 3x3 cm ve 3x2 cm boyutlarında iki adet plak görüldü (Şekil 1). Lezyonlarda yer yer annüler alanların da izlenmesi ve ayırıcı tanıda dermatofitik bir enfeksiyonun

atlanmaması için yapılan mikolojik direkt bakıda miçel formasyonu, kültürde *Trichophyton rubrum* üremesi saptandı (Şekil 2). Hastaya verilen iki haftalık topikal terbinafin krem ile lezyonlar tamamen geriledi (Şekil 3).

Tinea fasiyalis yüzün kılsız bölgelerini tutan dermatofit enfeksiyonudur. Dünya genelinde sıcak ve nemli iklime sahip bölgelerde daha sık görülmektedir (2). Güneş ışığı tinea fasiyalis semptomlarını sıklıkla artırmakta ve diğer fasiyal dermatozlarla klinik olarak karışabilmesine neden olmaktadır (1). Bizim olgumuzda da lezyonların güneşe maruziyet ile artış göstermesi nedeniyle başta diskoid lupus eritematozusun düşünüldüğü ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandığı öngörül-



Şekil 1. Bilateral maksiller bölgelerde lokalize eritemli, yer yer annüler alanlar ve telenjektazilerin izlendiği plaklar



Şekil 2. *Trichophyton rubrum*, kültür

müş, ancak bize başvurusunda yapılan mikolojik kültür neticesinde tinea fasiyalis inkognito tanısına ulaşılmıştır.

Tinea fasiyalisli hastaların %36'sında, özellikle bir dermatit tanısı ile kortikosteroid kullanımına bağlı olarak enfeksiyonun görünümü değiştiğinden lezyon tinea fasiyalis inkognito halini almakta ve doğru klinik tanı atlanmaktadır (3).

Alteras ve ark. (6), 100 erişkin tinea fasiyalis olgusunun %52'sinde diskoid lupus eritematozus (DLE), %15'inde lenfositik infiltrasyon, %11'inde seboreik dermatit, %8'inde rozasea ve %7'sinde kontakt dermatit düşünülerek yanlış tanı aldığını tespit etmişlerdir. Bunun dışında polimorf ışık erupsiyonu benzeri görünüm de bildirilmiştir (7).

Tinea inkognito da yüz tutulumu olduğunda klinik olarak sıklıkla rozasea benzeri (8), diskoid lupus eritematozus benzeri ve egzama benzeri görünümde olabilmektedir. Romano ve ark.'nın (9) yaptığı ve 200 tinea inkognito olgusunun değerlendirildiği retrospektif bir çalışmada 63 hastada yüz tutulumunun olduğu ve bu lezyonların egzama benzeri, diskoid lupus eritematozus benzeri, rozasea benzeri, seboreik dermatit benzeri, skleroderma benzeri görünümde olduğu bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda demodikozis de mutlaka düşünülmelidir (10). Bizim olgumuzda başlangıçta yapılan mikolojik kültürde *Trichophyton rubrum* üremesi ve topikal antifungal tedavi ile lezyonlarının tamamen gerilemesi nedeniyle bu tanıdan uzaklaşmıştır. Yine 84 tinea fasiyalis olgusunun değerlendirildiği başka bir retrospektif çalışmada klinik



Şekil 3. İki haftalık topikal terbinafin tedavisi sonrası lezyonlarda tamamen iyileşme

olarak hastaların 30'unda (%35.7) tinea inkognito saptanmış ve bu çalışmada yukarıda sayılan klinik görünümle birlikte ek olarak psoriasiform görünümün de saptandığı bildirilmiştir (3).

Tinea fasiyalis de tutulum alanı nedeniyle özellikle DLE ve polimorf ışık erupsiyonu gibi fotosensitif dermatitleri ayırmak oldukça güçtür (3). Ayrıca DLE ile birlikte koinsidental olarak saptanmış bir tinea fasiyalis olgusu da bildirilmiştir (3).

Yüzde eritem ve skuam ile seyreden lezyonlarda ayırıcı tanıda mutlaka dermatofit enfeksiyonlarının düşünülmesinin gerektiğini ve buna yönelik mikolojik tetkik yapılmasının önemini vurgulanması amacıyla bu olgu sunulmuştur.

### Kaynaklar

1. Khaled A, Chtourou O, Zeglaoui F, Fazaa B, Jones M, Kamoun MR. Tinea faciei: a report on four cases. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2007;16:170-3.
2. Mahmoudabadi AZ. First case of Microsporium ferrugineum from Iran. Mycopathologia. 2006;161:337-9.
3. Romano C, Ghilardi A, Massai L. Eighty-four consecutive cases of tinea faciei in Siena, a retrospective study (1989-2003). Mycoses. 2005;48:343-6.
4. Ozturk G. Gövde ve ekstremiteler dermatofit enfeksiyonlarının kliniği. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1:6-11.
5. Gul U. Tinea inkognito. Türkiye Klinikleri J Med Sci 1997, 17:430-1.
6. Alteras I, Sandbank M, David M, Segal R. 15-year survey of tinea faciei in the adult. Dermatologica. 1988;177:65-9.
7. Gorani A, Oriani A, Cambiagli S. Seboreic dermatitis-like tinea faciei. Pediatr Dermatol. 2005;22:243-4.
8. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like Tinea incognito. Mycoses. 2002;45:135-7.
9. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. Mycoses. 2006;49:383-7.
10. Nenoff P, Mügge C, Herrmann J, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. Mycoses. 2007;50 Suppl 2:20-5.



# Kongre Takvimi

## ULUSLARARASI KONGRELER

68th Annual Meeting of the American  
Academy of Dermatology  
26 Şubat -02 Mart 2010  
Miami, FL, ABD

---

Avrupa Pediatrik Dermatoloji Kongresi  
20-22 Mayıs 2010  
Lozan-İsviçre

---

69th Annual Meeting of the American  
Academy of Dermatology  
04-08 Şubat 2011  
New Orleans, LA, ABD

---

22. World Congress of Dermatology  
22-24 Mayıs 2011, Seul, Güney Kore  
[www.wcd2011.org](http://www.wcd2011.org)

---

70th Annual Meeting of the American  
Academy of Dermatology  
16-20 Mart 2012  
San Diego, CA, ABD

## ULUSAL KONGRELER

23. Ulusal Dermatoloji Kongresi  
19-23 Ekim 2010, Antalya  
[www.ulusaldermatoloji2010.org](http://www.ulusaldermatoloji2010.org)

---

4. Ulusal Pediatrik Dermatoloji Günleri  
2-5 Haziran 2010,  
Mersin, Türkiye

---

Çukurova Dermatoloji Günleri  
5-9 Mayıs 2010  
Antakya, Türkiye

---

Dermatoloji - Dermatoonkoloji Gündemi  
26-30 Mayıs 2010  
Çeşme, İzmir, Türkiye

---

3. Dermatoimmünoloji Güz Okulu Muğla, Türkiye  
23-26 Eylül 2010

---

3. Dermatolojik Cerrahi Günleri İstanbul, Türkiye  
4-7 Kasım 2010

## 2009 Yazar Dizini - 2009 Author Index

- A. Tülin Güleç, 16  
Ahmet Yaşar Yücel, 27  
Asena Çiğdem Doğramacı, 22, 97  
Asuman Çelik, 89  
Aysun Şikar Aktürk, 40  
Ayşen Karaduman, 55  
Aziz Ramazan Dilek, 27  
Bengü Çevirgen Cemil, 5  
Bengü Gerçeker Türk, 73, 93  
Bengü Nisa Akay, 97  
Berna Aksoy, 13, 50, 89  
Can Ceylan, 93  
Çiğdem Güler, 25  
Çilem Kaya Koç, 63  
Demet Yılmaz, 25  
Deniz Yücelten, 43  
Derya Aytimur, 103  
Didem Didar Balcı, 22, 97  
Dilek Bayramgürler, 40  
Ebru Çelik, 22  
Eda Yüksel Bıyıklı, 1  
Ekrem Civaş, 50  
Emel Sesli Çetin, 47  
Engin Şenel, 16  
Ertan Yılmaz, 63  
Fatih Uygur, 67  
Fatma Eskiođlu, 5, 25  
Fezal Özdemir, 1  
Filiz Canpolat, 5, 25  
Gonca Elçin, 70  
Gubse Turan, 40  
Gülşen Kandillioğlu, 73, 93  
Güzin Özarmağan, 77  
Haluk Duman, 67  
Hasan Mete Aksoy, 13, 89  
Hatice Akpınar, 25  
Hüseyin Üstün, 13, 50, 89  
Hüsna Güder, 32  
Işıl Kılınç Karaarslan, 1, 103  
İbrahim Kökçam, 19  
İlgen Ertam, 103  
K. Didem Yazganoğlu, 77  
Leyla Mirzoyeva, 77  
Mahi Balcı, 13  
Mehmet Akif Çiftçiođlu, 63  
Mehmet Salih Gürel, 97  
Mehmet Yıldız, 97  
Meltem Türkmen, 73, 93  
Müzeyyen Gönül, 9  
Nezih Karaca, 73, 103  
Nihal Kundakçı, 97  
Nilgün Atakan, 89  
Nursel Dilek, 19, 27  
Pınar Kulluk, 83  
Pınar Yüksel Başak, 47  
Rahmi Evinç, 67  
Rebiay Kıran, 40  
Sadık Yılmaz, 47  
Sadiye Kuş, 43  
Sedef Şahin, 70  
Serap Utaş, 83  
Sibel Ergin, 52, 70  
Sibel Ersoy Evans, 52, 55  
Sibel Tekin, 93  
Şemsettin Karaca, 32  
Taner Akalın, 1  
Tuba Dizdar, 40  
Tuđrul Dereli, 73  
Ülker Gül, 9  
Vahide Baysal Akkaya, 47  
Yunus Saral, 27  
Zafer Küçükodacı, 67  
Zülal Aşcı Toraman, 27

## 2009 Konu Dizini - 2009 Subject Index

- Antifibrinolitik ajan / Antifibrinolytic agent, 43  
Antioksidanlar / Antioxidants, 32  
Asiklovir / Acyclovir, 19  
Auriküla / Auricula, 73  
Tinea fasiyalis incognito / Tinea Facialis Incog, 103  
C1 esteraz inhibitör (C1 INH) / C1 esterase inhibitor (C1 INH), 43  
Cinsel istismar / Sexual abuse, 77  
Çocuk / Child, 19, 77  
Danazol / Danazol, 43  
Dehidroepiandrosteron sulfat /  
Dehydroepiandrosterone sulfate, 5  
Deri hastalıkları / Skin disorders, 32  
Dermatofitler / Dermatophytes, 27  
Dermatofitozlar / Dermatophytosis, 27  
Dermatozis Papuloza Nigra'da Topikal Kantaridin  
Tedavisinin Etkisizliği / Ineffectiveness of Topical  
Cantharidin Treatment in Dermatoses Papulosa Nigra, 50  
Dermoskopi / Dermoscopy, 1  
Diabetes mellitus / Diabetes mellitus, 47  
Diuretik / Diuretic, 89  
Edinsel / Acquired, 63  
Enfeksiyon / Infection, 93  
Eritem / Erythema, 55  
Eritema kronikum migrans / Erythema chronicum migrans, 55  
Eritromisin / Erythromycin, 93  
Erüptif maküler pigmentasyon / Eruptive macular  
pigmentation, 63  
Graft alanı / Graft area, 67  
Hereditör anjiyoödem / Hereditary angioedema, 43  
Herpes zoster / Herpes zoster, 19  
Herpes zoster oftalmikus / Herpes zoster ophthalmicus, 19  
Herpes zoster otikus / Herpes zoster oticus, 19  
Hidradenitis suppurativa / Hidradenitis suppurativa, 9  
Hiperkeratoz / Hyperkeratosis, 13  
HPV / HPV, 77  
Human papilloma virus / Human papilloma virus, 77  
İdiyopatik / Idiopathic, 63  
İmmünyüpresyon / Immunosuppression, 47  
İntralezyonel kortikosteroid / Intralesional corticosteroid, 16  
Keratoakantom / Keratoacanthoma, 67  
Köbner fenomeni / Koebner phenomenon, 22  
Kompleman / Complement, 43  
Kondiloma aküminata / Condyloma acuminata, 77  
Kondrit / Chondritis, 73  
Kronik idiyopatik urtiker / Chronic idiopathic urticaria, 5  
Langerhans hücreli histiyositoz / Langerhans cell  
histiocytosis, 97  
Lenfödem / lymphedema, 89  
Melkersson-Rosenthal Sendromu / Melkersson-  
Rosenthal syndrome, 16  
Metronidazol / Metronidazole, 89  
Mibelli / Mibelli, 13  
Microsporium audouinii / Microsporium audouinii, 47  
Morbihan hastalığı / Morbihan's disease, 89  
Morbus Morbihan / Morbus Morbihan, 89  
Nörolojik tutulum / Neurologic involvement, 40  
Nötrofilik dermatoz / Neutrophilic dermatoses, 40  
Oksidatif stres / Oxidative stres, 32  
Otoimmünite / Autoimmunity, 22  
Perianal selülit / Perianal cellulitis, 70  
Piyoderma gangrenosum / Pyoderma gangrenosum, 40  
PLEVA / PLEVA, 93  
Porokeratoz / Porokeratosis, 13  
Psoriasis / Psoriasis, 22, 47, 70  
Retiküler eritem / Reticular erythema, 43  
Rozasea / Rosacea, 89  
Seboreik keratoz / Seborrheic keratoses, 1  
Streptokok / Streptococci, 70  
Tanı / Diagnose, 83  
Tedavi / Treatment, 9, 16, 83, 93  
Tekrarlayan polikondrit / Relapsing polychondritis, 73  
Tırnak psoriazisi / Nail psoriasis, 83  
Tinea korporis / Tinea corporis, 47  
Tombul parmak görünümü / Fat fingers, 1  
Travma / Trauma, 67  
Ülser / Ulcer, 97  
Verruka / Verruca, 77  
Vitiligo / Vitiligo, 22  
Vulva / Vulva, 97  
Yalancı melanositik lezyon kriterleri / False  
melanocytic features, 1

## 2009 Hakem Dizini - 2009 Referee Index

Şebnem Aktan  
Aynur Akyol  
Nuran Allı  
Köksal Alpay  
Erkan Alpsoy  
Ertuğrul Aydemir  
Sevgi Bahadır  
Can Baykal  
Vahide Baysal Akaya  
Seher Bostancı  
Ayşe Boyvat  
Zülal Erbağcı  
Tülin Ergun  
Emel Erkek  
Emel Fetil  
Ayla Gülekon  
Yavuz Harmanyeri  
Ayşen Karaduman  
Göksun Karaman

Osman Köse  
Nihal Kundakçı  
Cem Mat  
Gül Erkin  
Sedef Şahin  
İnci Mevlitoğlu  
Nahide Onsun  
Meltem Önder  
Güzin Özarmağan  
Murat Öztaş  
Serap Öztürkcan  
M. Turhan Şahin  
Neslihan Şendur  
Oktay Taşkapan  
Ümit Ukşal  
İdil Ünal  
Şahin Yazar  
Ertan Yılmaz  
Ayşe Deniz Yücelten