



Skar sarkoidozu

Scar sarcoidosis

Bengü Gerçeker Türk, Tuğçe Özkapu, Meltem Türkmen, Alican Kazandı, Can Ceylan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Skar sarkoidozu yanık alanları, cerrahi skarlar, aşı ve enjeksiyon noktaları, dövme gibi eski travma alanları üzerinde gelişen, histopatolojik olarak non-kazeifiye granülatöz infiltrasyon ile karakterize, nadir görülen bir kutanöz sarkoidoz tipidir. Sistemik sarkoidozlu olgularda bazen hastalığın ilk bulgusu olarak görülebilmektedir. Burada yedi yıl önce geçirdiği trafik kazasına ait skar alanları üzerinde sarkoidoz gelişimi ve pulmoner tutulumu saptanan otuz dört yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır. (Türkderm 2013; 47: 66-8)

Anahtar Kelimeler: Skar, sarkoidoz, akciğer

Summary

Scar sarcoidosis is a rare type of cutaneous sarcoidosis which arises in pre-existing scars, which may occur due to burn injury, surgery, tattoos, vaccine or injection, and is histopathologically characterized by non-caseating granulomatous infiltration. It may be the first manifestation of systemic sarcoidosis. Here, we present the development of sarcoidosis in pre-existing scars following a traffic accident which had occurred seven years ago and the association of early pulmonary involvement in a 34-year-old man. (Turkderm 2013; 47: 66-8)

Key Words: Scar, sarcoidosis, pulmonary

Giriş

Sarkoidoz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, nonkazeifiye granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Hastalık her iki cinsiyette 20-29 yaşlar arasında ve kadınlarda 50 yaşın üzerinde daha sık gelişmektedir. Kutanoz tutulum olguların %20-35'inde hastalığa özgü ve hastalığa özgü olmayan lezyonlar şeklinde kendini gösterir¹. Hastalığa özgü lezyonlar; histopatolojik olarak non-kazeifiye granülomların eşlik ettiği makül, papül, plak, nodül, lupus pernio, skar infiltrasyonu, alopesi, ülserasyon ve hipopigmentasyondur. Bunlardan skar sarkoidozu; sıklığı %5,4 ile %13,8 arasında değişen, diğer kutanoz sarkoidoz tiplerine göre daha nadir görülen bir sarkoidoz formudur². Burada, trafik kazası öyküsü olan ve travma alanlarına uyan skar bölgelerinde sarkoidoz gelişen sistemik tutulumun eşlik ettiği bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

Otuz dört yaşında erkek hasta beş aydır yüzünde başlayan kırmızı-kahverengi kabarıklıklar nedeniyle başvurdu. Yedi yıl önce trafik kazası öyküsü olan hastanın dermatolojik bakışında eski trafik kazası skarlarına uyan alanlarda, burun dorsumunda, üst ve alt dudakta, sol preauriküler alanda, sol kaş üzerinde viyolese renkte papülo-nodüler lezyonlar görüldü (Resim 1a,b). Fizik muayenede solunum sistemi ve diğer sistemlere ait herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Lezyonlardan alınan biyopsi örneğinde non-kazeifiye granülomlar izlendi (Resim 2). Multinükleer dev hücrelerin içerisinde asteroid cisimciği görüldü (Resim 3). Asidorezistan bakteri incelemesi negatifti. Periyodik asit schiff boyamada mikolojik etken saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan ve idrar kalsiyum düzeyi,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Bengü Gerçeker Türk, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 390 38 31 E-posta: bengugerceker@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 10.11.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.04.2011

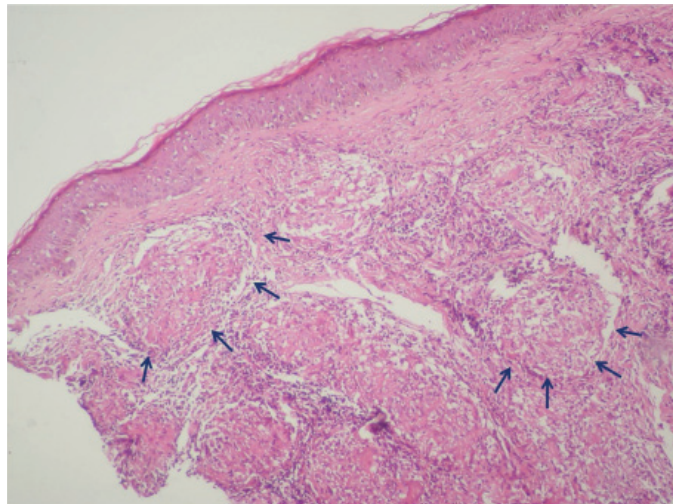
Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



tiroid fonksiyon testleri, serum "anjiotensin converting enzyme" (ACE) düzeyi normal sınırlarda bulundu. Tüberkülin deri testi 10 mm ölçüldü. Akciğer grafisinde perihiler genişleme, toraks tomografisinde mediastinal lenfadenopati ve sol suprahiler bölgede yoğunluk artışı saptandı (Resim 4). Batın ultrasonografisinde (USG) sağ böbrekte 2 cm boyutunda basit kist saptandı. Tiroid USG'de patolojik bulgu saptanmadı. Aksiller, inguinal ve servikal bölge USG'sinde en büyüğü 3,4 cm çapında olan yağlı hiluslu çak sayıda reaktif lenfadenopatiler



Resim 1. Burun dorsumunda, üst ve alt dudakta, çenede viyolese renkte papülo-nodüler lezyonların tedavi öncesi (a, b) ve tedavi sonrası (c, d) klinik görünümü

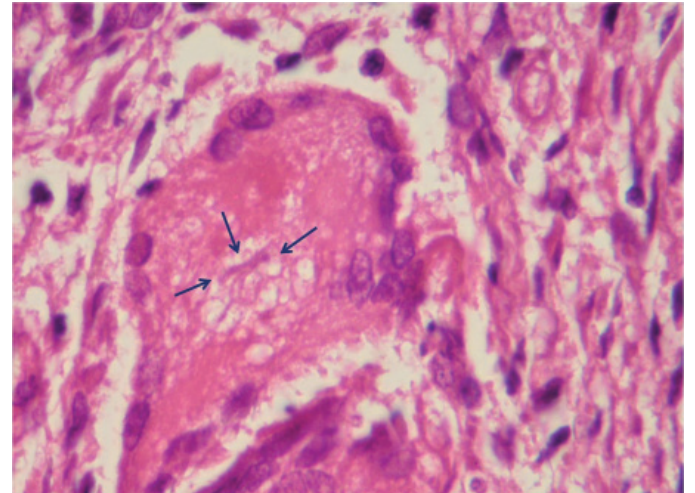


Resim 2. Dermiste epitelioid histiyositlerin oluşturduğu çevresinde minimal lenfosit infiltrasyonunun izlendiği çıplak granülom formasyonları (siyah oklar), HE, X400

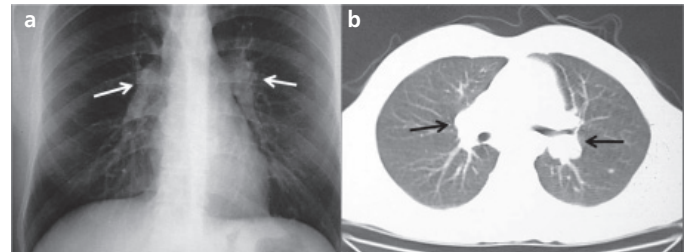
saptandı. Göğüs hastalıkları tarafından yapılan solunum fonksiyon testleri, karbonmonoksit akciğer difüzyon testi normal sınırlarda saptandı. Bronkoskopik değerlendirmede patoloji izlenmedi. Bronkoskopik alveolar lavaj yaymalarında bronş epitelyum hücreleri izlendi. Bu nedenle C4/C8 lenfosit oranı değerlendirilemedi. Klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda olguya sarkoidoz tanısı konuldu. Diğer organ tutulumları açısından kulak burun boğaz kliniğince yapılan muayenede üst solunum yolu tutulumunu düşündürecek bir bulgu izlenmedi. Odyogramı normal sınırlarda idi. Oftalmolojik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Kardiyak tutulum açısından çekilen elektrokardiyogramı normal sınırlarda idi, ekokardiyografide mitral kapak prolapsusu izlendi. Kardiyoloji kliniği tarafından yapılan değerlendirmede kardiyak tutulum düşünülmeydi. Nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Mediastinal lenfadenopatileri nedeniyle göğüs hastalıkları tarafından evre I tutulum olarak değerlendirilen hastaya altı ay aralarla tekrarlanması planlanan akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testleri ile tedavisiz izlem önerildi. Hastanın yüz lezyonlarına topikal steroid yanı sıra toplam altı seans ayda bir kez olmak üzere 3 mg/ml dozunda intralezyonel triamsinolon enjeksiyonu uygulandı. Lezyonlarda beşinci ayın sonunda belirgin düzelme olduğu görüldü (Resim 1c, d).

Tartışma

Skar sarkoidozu cerrahi skarlar üzerinde, dövme sonrası³, herpes zoster⁴ ya da yanık skarı⁵, aşı⁶, intravenöz ya da intramusküler



Resim 3. Multinükleer dev hücrelerin içerisinde asteroid cisimciği (siyah ok), HE, X400



Resim 4. Postero-anterior akciğer grafisinde (beyaz ok) (a) ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (b) hiler lenfadenopatiler (siyah ok).

injeksiyon bölgelerinde, desensitizasyon için injeksiyon uygulanan alanlarda gelişebilmektedir⁷. Eski yaraların infiltrasyonu ya da bu bölgelerde yeni gelişen küçük kırmızı-kahverengi nodüller şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Eski skar alanlarının neden etkilendiği henüz tam olarak aydınlatılamamakla birlikte genetik olarak yatkınlığı olan bireylerde sarkoidozda aktive olmuş T hücre aracılı immün yanıtın travma ile ilişkili olarak dokuyu persiste eden yabancı cisme karşı yönelmesi sonucu skar sarkoidozunun gelişebildiği ya da paterji reaksiyonunun özel bir formu olabileceği bildirilmiştir^{8,9}.

Skar sarkoidozu ile sistemik hastalık aktivitesi arasında paralellik olduğu düşünülmektedir. Pulmoner parankimal tutulum skar sarkoidozu olan olgularda eritema nodosum lezyonlarının eşlik ettiği sarkoidozlu olgulara göre daha sık saptanmıştır¹⁰. Bu yüzden skar sarkoidoz tanısı alan hastalarda sistemik tutulum bulguları ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalı ve araştırılmalıdır. Bizim hastamızda kutanöz bulgulara hiler lenfadenopati ve reaktif özelliğe lenfadenopatiler eşlik etmekteydi. Akciğer parankim tutuluşu, göz, kardiyak, tiroid, nörolojik tutulum yoktu. Sarkoidozlu olgularda granülom yapısındaki makrofajlardan üretilen kalsitriol ile ilişkili olarak olguların %10'unda hiperkalsemi, %30'unda hiperkalsiüri görülür¹¹. Bizim olgumuzda ise hiperkalsemi ve hiperkalsiüri gözlenmedi. ACE düzeyleri sarkoidozlu olguların %40-90'nında yüksek saptanmaktadır. Sarkoidozda serum ACE düzeyleri total vücut granülom miktarını yansıtmaktadır. Hastalığın erken döneminde ve inaktif sarkoidozda yeteri kadar sensitif olmadığı için tanısız değeri kısıtlıdır. Özellikle aktif pulmoner tutuluşu olan olgularda inaktif hastalığı olan olgulara göre daha yüksek seviyelerde saptanmaktadır¹¹. Bizim olgumuzda da hastalığın inaktif seyri ile ilişkili olarak ACE düzeyi normal sınırlarda saptanmış olabilir. Tüberkülin deri testi hastalarının %30-70'inde negatiftir¹¹. Sarkoidozlu olgularda granülom oluşumuna katılan T hücreleri ve monositler nedeniyle tüberkülin deri testi sahasındaki T lenfosit ve monosit sayısında azalma olduğu bu nedenle de tüberkülin deri testinin negatifleştiği düşünülmektedir. Ancak bizim olgumuzda tüberkülin deri testi 10 mm idi.

Skar sarkoidozu ayırıcı tanısında başlıca yabancı cisim tipi granülomatöz reaksiyon, hipertrofik skar dokusu ve keloid yer almaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda sarkoidozlu olgularda %5 oranında polarize materyalin saptanabildiği ve bu polarize materyalin varlığının sarkoidoz tanısını ekarte ettirmedeği akıldaki bulundurulmalıdır¹².

Kutanöz sarkoidozun tedavi seçenekleri oldukça fazladır. Olguların lezyonları yaygın değilse ya da akciğer parankim tutuluşu saptanmadıysa sistemik tedavi önerilmemektedir. Lokal tedavi seçenekleri arasında topikal ve intralezyonel steroid uygulamaları

yer alırken, topikal takrolimus, kriyoterapi ve radyoterapinin de başarılı olduğu bildirilmiştir. Diğer tedavi seçenekleri arasında ise sistemik steroid, klorokin, hidroksiklorokin, metotreksat, mikofenolat mofetil gibi immunosupresif ilaçlar, allopurinol, talidomid, infliksimab, Q-anahtarlı lazer ve etanersept yer almaktadır^{11,13}. Bizim olgumuzda deri lezyonlarının lokalize olması ve akciğerde parankimal tutulum olmaması nedeniyle intralezyonel steroid enjeksiyonu uygulanmış, lezyonlarda belirgin düzelme sağlanmıştır.

Skar sarkoidozu sistemik sarkoidozun bazen ilk ve tek deri bulgusu olabilmektedir³. Deri biyopsi alınımının iç organ biyopsi alınımına göre daha kolay olması kutanöz bulguların önemini bir kez daha göstermektedir. Sonuç olarak tanısı kolay bir hastalık olan skar sarkoidozunun prognostik önemi de göz önünde bulundurulacak olursa sarkoidoz açısından tetkik edilen hastaların mutlaka skar alanlarının muayene edilmesi tanıda yol göstermesi açısından yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Ali MM, Atwan AA, Gonzalez ML: Cutaneous sarcoidosis: updates in the pathogenesis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:747-55.
2. Singal A, Thami GP, Goraya JS: Scar sarcoidosis in childhood: case report and review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 2005;30:244-6.
3. Karaca N, Ertekin B, Gerçeker Türk B, Kandiloğlu, Dereli T: Kolda sistemik tutulumla birliktelik gösteren bir dövme sarkoidozu. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2010;20:88-90.
4. Barraza V: Post-herpes zoster scar sarcoidosis. *Acta Derm Venereol* 1999;79:495.
5. Usmani N, Akhtar S, Long E, Phipps A, Walton S: A case of sarcoidosis occurring within an extensive burns scar. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60:1256-9.
6. Karaca N, Ertam İ, Kılıç Karaarslan I, Kazandı A, Dereli T: Çiçek aşısı skarı üzerinde gelişen bir sarkoidoz olgusu - olgu sunumu. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2007;1:27-8.
7. Healsmith MF, Hutchinson PE: The development of scar sarcoidosis at the site of desensitization injections. *Clin Exp Dermatol* 1992;17:369-70.
8. Zampino MR, Corazza M, Borghi A, Marzola A, Virgili A : HLA typing in an IFN-alpha-induced scar sarcoidosis: possible pathogenetic and clinical implications. *Acta Derm Venereol* 2009;89:661-2.
9. Dal Sacco D, Cozzani E, Parodi A, Rebora A: Scar sarcoidosis after hyaluronic acid injection. *Int J Dermatol* 2005;44:411-2.
10. Yanardağ H, Pamuk ON, Karayel T: Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of the features in 170 patients. *Respir Med* 2003;97:978-82.
11. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D: Sarcoidosis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Eds. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al: 6. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2003;205-18.
12. McKee PH, Calonje E, Granter SR: Pathology of the skin. 3.Baskı. China, Elsevier Mosby, 2005;287-96.
13. Moller DR: Treatment of sarcoidosis – from a basic science point of view. *J Intern Med* 2003;253:31-40.