

Klinik ve Dermatoskopik Özellikleriyle Kutanöz Sarkoidoz: On Dört Hastanın Retrospektif Analizi

Şule Güngör, Bachar Memet, Ralfi Singer, Emek Kocatürk Göncü, İlteriş Oğuz Topal

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

ÖZ

Amaç: Sarkoidoz, nedeni bilinmeyen, nonkazeifiye granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı sarkoidoz tanısı alan hastalarımızın klinik ve dermatoskopik özelliklerini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2010-2015 yılları arasında sarkoidoz tanısı alan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Hastaların 13'ü kadın biri erkekti. En sık gözlenen dermatolojik lezyon makülopapüler lezyonlar ve en sık lezyon yerleşim yeri yüz idi. Yedi hastada pulmoner tutulum saptandı. Pulmoner tutulum birlikteliği ile görülen en sık lezyon eritema nodozumdu. Dermatoskopik incelemede en sık gözlenen özellik translusen sarı-turuncu yapısız alanlardı. Sarı globüller, beyaz çizgiler, translusen alanları örten beyaz yapısız alanlar, kısa damarlar ve santral skar benzeri alanlar azalan oranlarda dermatoskopik inceleme ile gözlemlendi.

Sonuç: Kutanöz sarkoidoz çoğunlukla yüzde yerleşen dermatoskopik incelemede translusen sarı-turuncu alanların gözlemlendiği makülopapüler lezyonlar olarak ortaya çıkar.

Anahtar kelimeler: dermatoskop, sarkoidoz, translusen alan

ABSTRACT

Retrospective Analysis of 14 Cutaneous Sarcoidosis Patients with Clinical and Dermoscopic Features

Objective: Sarcoidosis is a multisystemic disease of unknown etiology that is characterized by noncaseating granulomas. The aim of this study is to review our sarcoidosis patients retrospectively with clinical and dermoscopic features.

Material and Method: The medical reports of 14 patients diagnosed as cutaneous sarcoidosis between 2010 and 2015 were retrospectively reviewed.

Results: 13 patients were women and one patient was man. The most common dermatological lesion was maculopapular lesion and the most common site was face. Pulmonary involvement was seen in 7 patients. The most common lesion seen with pulmonary involvement was erythema nodosum. The most common dermoscopic feature was translucent yellow-orange structureless areas. Yellow globules, white lines, white structureless areas covering yellow areas, short vessels and central scar-like areas were observed with decreasing rate.

Conclusion: Cutaneous sarcoidosis mostly present with facial maculopapular lesions with translucent yellow areas seen in dermoscopic examination.

Keywords: dermoscopy, sarcoidosis, translucent area

GİRİŞ

Sarkoidoz nonkazeifiye granülomlarla karakterize, nedeni bilinmeyen, en sık akciğer tutulumu yapan, multisistemik bir hastalıktır. Deri lezyonları sarkoidoz olan hastaların %15-20'sinde izlenirken yaklaşık 1/3'ünde ilk hastalık belirtisi olarak ortaya çıkar, sistemik tutulum olmaksızın yalnızca deri sarkoidozu olarak da ortaya çıkabilir. Sarkoidoza bağlı cilt lezyonları özgül ve özgül olmayan olarak sınıflandırılır. Eritema nodozum sarkoidozun en sık görülen deri

lezyonu olsa da özgül olmadığından ancak klinik tanıyı destekler. Sarkoidozun özgül lezyonları ise makopapüler, plak, nodül, lupus perniyo (LP) ve çok çeşitli morfolojilerde ortaya çıkabilir ve histopatolojik olarak nonkazeifiye granülomların görülmesiyle histopatolojik olarak tanıya yardımcı olur⁽¹⁻³⁾.

Dermatoskop deri lezyonlarının görüntülenmesini sağlayan invaziv olmayan bir yöntemdir. Önceleri pigmente lezyonlarının ayırımında kullanılırken, son yıllarda çok sayıda deri hastalığında tanısal doğrulu-

Alındığı Tarih: 23.02.2015

Kabul Tarihi: 28.09.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Şule Güngör, Şişli Middle İst Sitesi A Blok, İstanbul

e-posta: drsulegungor@hotmail.com

ğün artırılması amacıyla kullanılmaktadır⁽⁴⁾. Kutanöz sarkoidozun dermatoskopik bakışıyla ilgili literatürde az sayıda çalışma ve olgu bildirileri vardır.

Çalışmamızda kliniğimizde sarkoidoz tanısı ile takip edilen hastaların klinik ve dermatoskopik özellikleri değerlendirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 2010-2015 yılları arasında kutanöz sarkoidoz tanısı ile takip edilen 14 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı. Sarkoidoz tanısı özgün lezyonlarda nonkazeifiye granülamatöz yapıların görülmesi, granüloma yapan diğer hastalıkların ekarte edilmesi ile özgün bulgusu olmayan hastalarda akciğer grafisi, tuberkülün deri testi negatifliği ile klinik olarak konuldu. Özgün lezyonların dermatoskopik incelemesi lezyonları on kat büyüten Fotofinder cihazı ile yapıldı.

BULGULAR

Hastalarımızın 13'ü kadın biri erkekti. Yaş ortalaması 50.8, yaş aralığı 35-74'tü. Yedi hastada akciğer sarkoidozu vardı. Dört hastada eritema nodozum ve akciğer sarkoidozu birlikte seyrediyordu. Bir hastada ek deri hastalığı olarak psoriasis eşlik ediyordu. Bir hastada

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri.

Lezyon morfolojisi	Hasta sayısı (%)
Sarkoidoz hasta sayısı	14
Özgün lezyonlar	11 (78,6)
Makülopapüller	6 (42,8)
Plak	2 (14,3)
Noduler	3 (21,4)
Lupus perniyo	1 (7,1)
Skar sarkoidozu	2 (14,3)
Özgün olmayan deri lezyonu	
Eritema nodozum	4 (28,6)
Özgün lezyonların yerleşimi	11 özgün lezyonu olan hasta
Kol	5 (%45,5)
Bacak	3 (%27,2)
Yüz	9 (%81,8)
Palmar bölge	1 (%9)
Oral mukoza	1 (%9)
Saçlı deri	2 (% 18)
Gövde	1 (%9)
Anerjik tuberkülün deri testi	8 (57,1)
Tanı anında ACE düzeyi yüksekliği	7 (%50)
Hiler dolgunluk	8 (%57,1)
Akciğer parankim tutulumu	7 (%50)

göz tutulumu tespit edildi. Göz tutulumu tespit edilen tek hastada akciğer tutulumu, lupus perniyo, skar sarkoidozu, kollarında skar bırakan viyolese infiltrate plakları mevcuttu. Parotis bezi, kemik grafileri, kardiyak değerlendirmeleri, gastrointestinal incelemelerde sarkoidoz tutulumu saptanmadı. Yüzünde papüler lezyonları olan ve sistemik tedaviyi kabul etmeyen bir hastanın 3 yıl içinde lezyonları palmar bölge, oral mukoza ve saçlı deriye ilerlerken yapılan yineleyen sistemik taramalarda deri dışı sarkoidoz bulgularına rastlanmadı. Hastalarımızın ayrıntılı klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Hastalarımızın spesifik deri lezyonları Resim 1-7 arasında gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların deri lezyonlarına göre akciğer tutulum oranları.

Deri lezyonu	Akciğer tutulumu olan hasta sayısı/toplam hasta sayısı (%)
Eritema nodozum	4+/4 (%100)
Makülopapüler lezyon	1+/6 (%16,6)
Plak	1*/2 (%50)
Noduler	2/3 (%66,6)
Lupus perniyo	1*/1 (%100)
Skar sarkoidozu	1*/2 (%50)

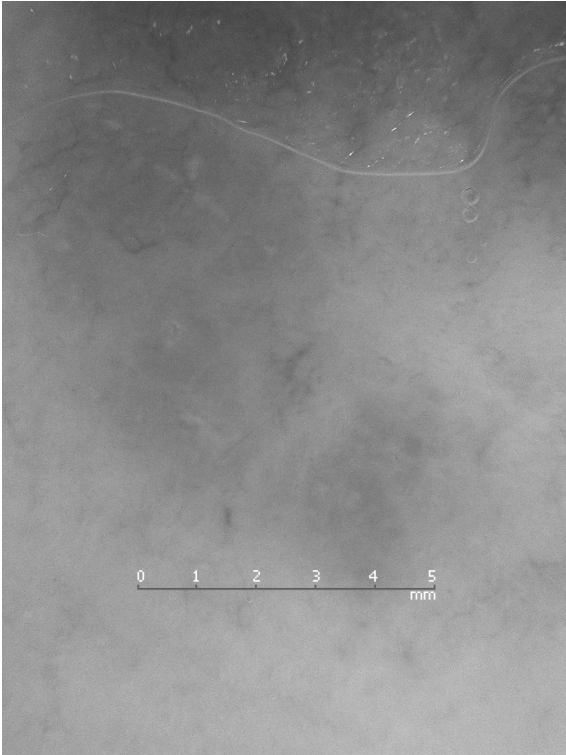
*aynı hasta, +aynı hasta

Tablo 3. Kutane sarkoidoz lezyonlarında gözlenen dermoskobik bulgular ve görülme sıklığı.

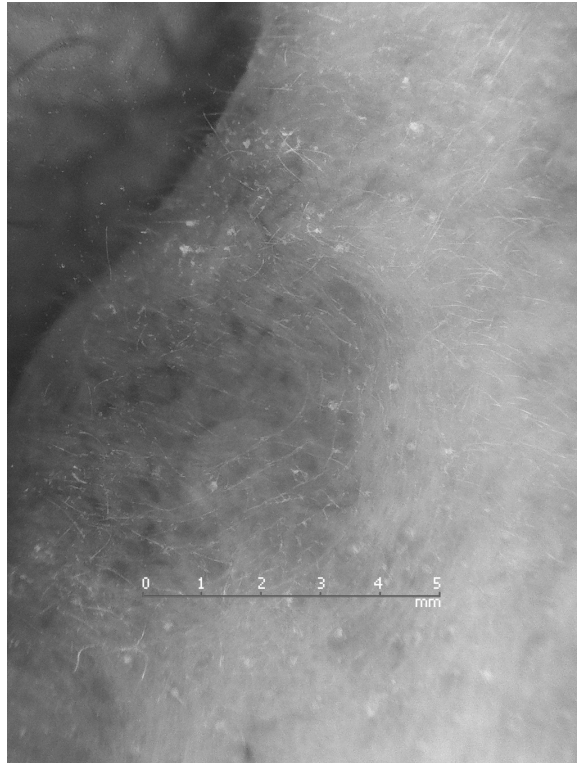
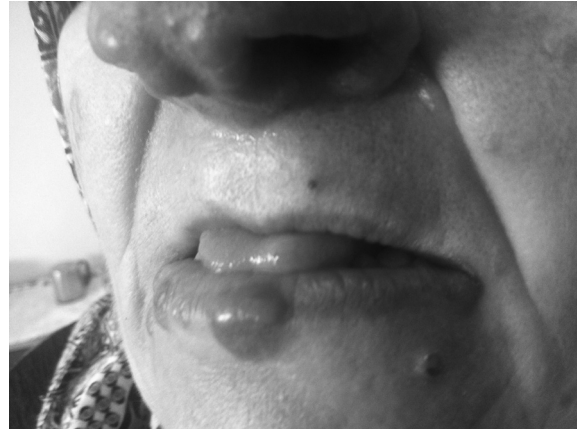
Dermoskobik bulgular	Lezyon sayısı (toplam 32 lezyon)
Sarı-turuncu translusen yapısız alanlar	32 lezyon (%100)
Sarı globüller	20 lezyon (%62,5)
Çizgisel beyaz alanlar	12 lezyon (%37,5)
Sarı alanları maskeleyen yapısız beyaz alanlar	10 lezyon (%31,2)
Kısa damarlar	10 lezyon (%31,2)
Noktasal damarlar	3 lezyon (%9,3)
Globuler damarlar	1 lezyon (%3,1)
Santral skar benzeri beyaz alanlar	3 lezyon (%9,3)

On hastanın değerlendirilen 32 spesifik deri lezyonunun dermoskobik incelemesinde tüm lezyonlarda sarı-turuncu translusen yapısız alanlar; 20 lezyonda sarı globüller; 12 lezyonda çizgisel beyaz alanlar, 10 lezyonda sarı alanları maskeleyen yapısız beyaz alanlar, 10 lezyonda kısa damarlar, 3 lezyonda noktasal damarlar, 1 lezyonda globuler damar yapıları, 3 lezyonda santral skar benzeri beyaz alanlar izlendi (Tablo 3) (Resim 8).

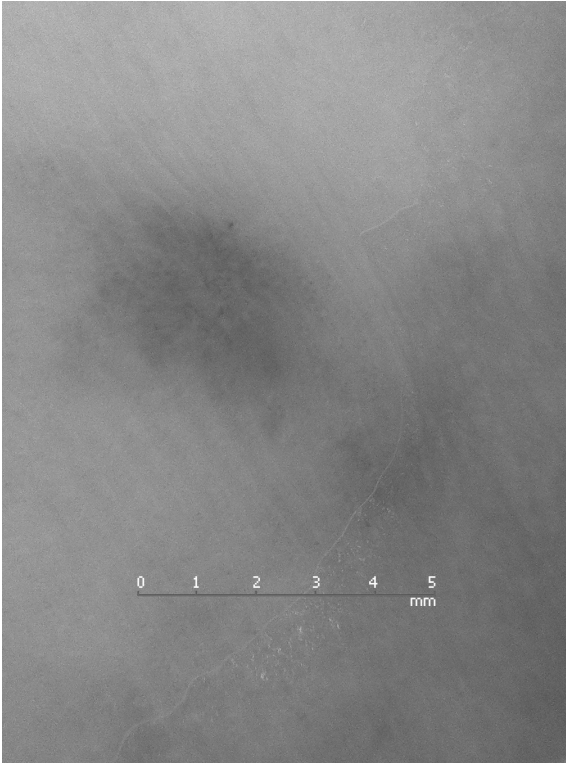
Takiplerde bir hastaya hidroksiklorokin ve doksisiklin; bir hastaya hidroksiklorokin ve takrolimus pomad; bir hastaya hidroksiklorokin ve sistemik kor-



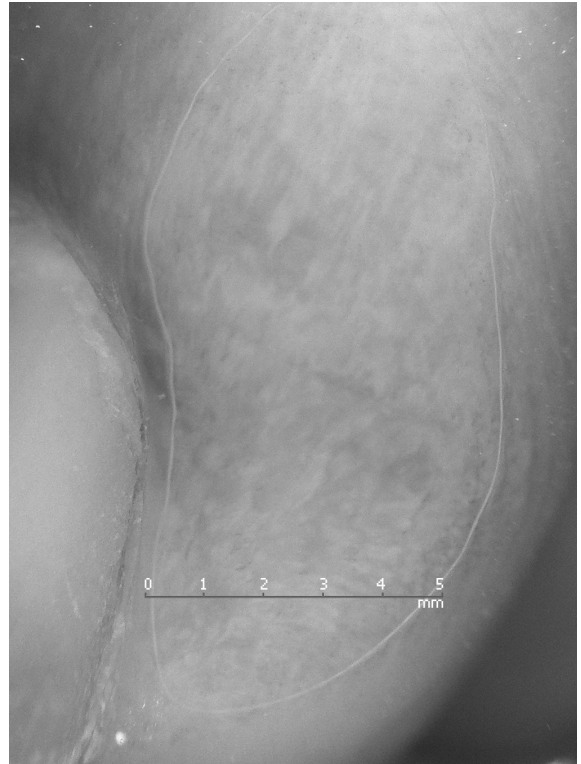
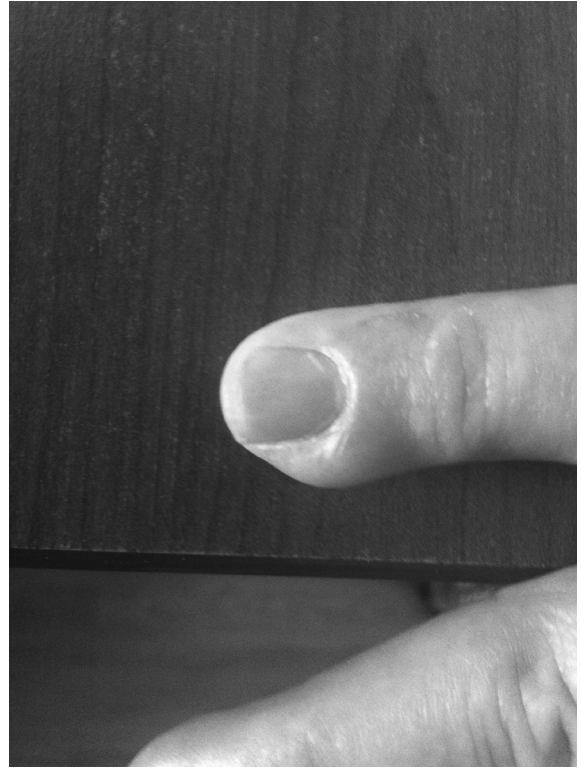
Resim 1. a) Kolda skar bırakan vıyolese infiltrate plaklar b) Aynı lezyonun dermatoskopik bakısında homojen translusen sarı yapısız alanlar, kısa-kırık damar yapıları, skar benzeri beyaz lineer alanlar izleniyor.



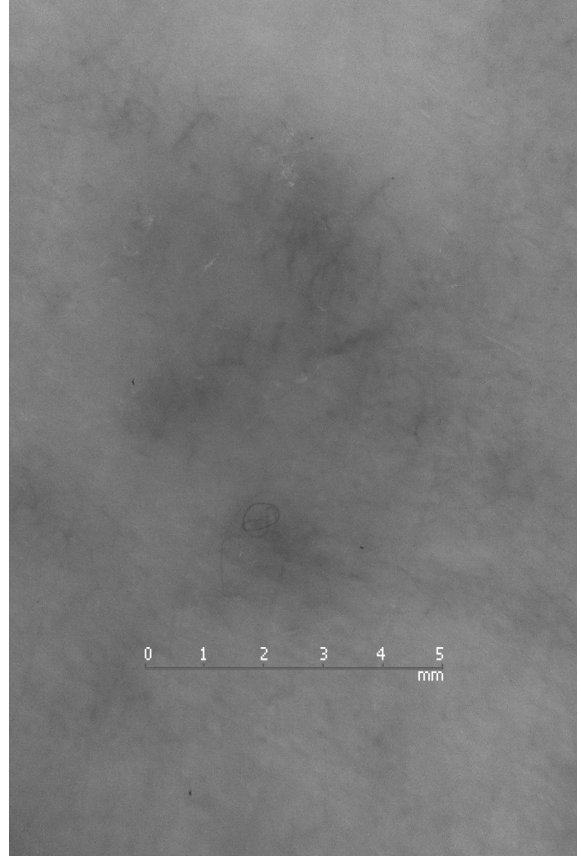
Resim 2. a) Dudak, dil, burun kanatları ve nazolabial bölgede vıyolese papüler lezyonlar b) Aynı hastanın dudaktaki lezyonunun dermatoskopik bakısında sarı translusen globüller ve noktasal damarlar izleniyor.



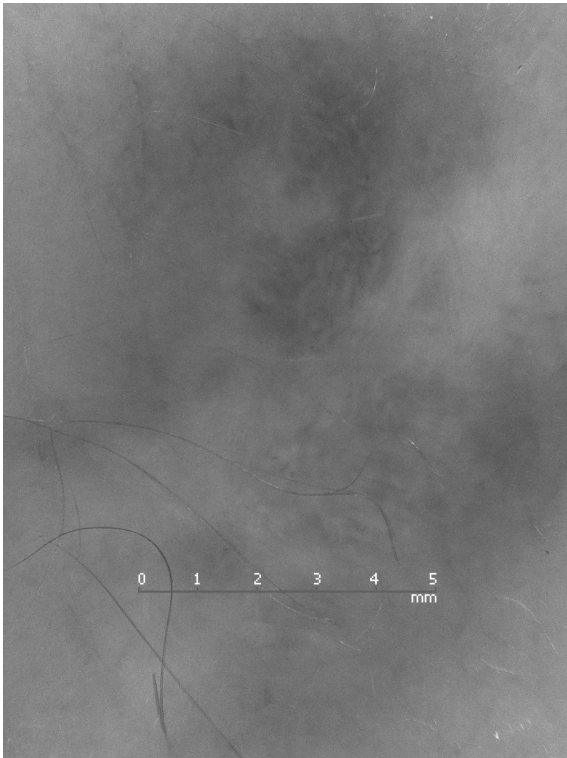
Resim 3. a) Palmar bölgede viyolese makulopapüler lezyonlar b) Aynı lezyonların dermatoskopik bakışında sarı translusen yapısız alan izleniyor.



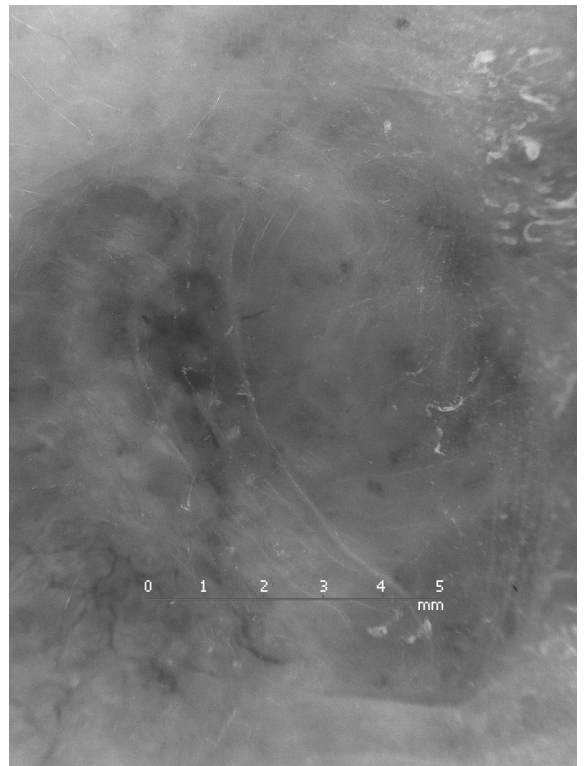
Resim 4. a) Tırnak kenarında deri renginde papül b) Aynı lezyonun dermatoskopik bakışında sarı translusen yapısız izleniyor.



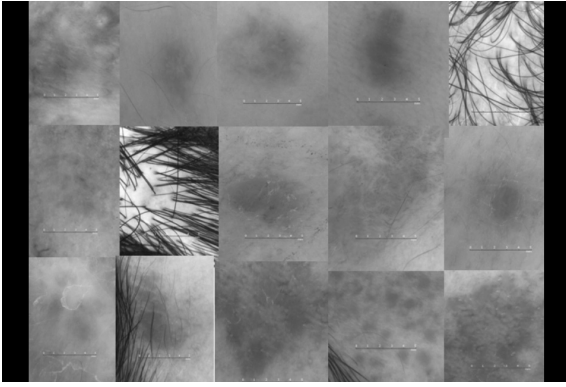
Resim 5. a) Yüzde belirsiz sınırlı infiltrate plaklar b) Aynı hastanın kollarında belirsiz sınırlı infiltrate plaklar c) Koldaki lezyonların dermatoskopik incelemesinde translusen sarı alanları perdeleyen beyaz alan ve çevrese kısa damar yapıları izleniyor.



Resim 6. a) Kolda pembe papüler lezyonlar b) Aynı lezyonların dermatoskopik incelemesinde sarı-turuncu translusen alanlar ve beyaz çizgiler izleniyor.



Resim 7. a) Kolda subkutan nodüller b) Yüzde pembe-sarı papüller c) Yüzdeki papüler lezyonun dermatoskopik bakışında sarı translusen alanlar, beyaz yapısız alanlar ve globüler damar yapıları izleniyor.



Resim 8. Spesifik sarkoidoz lezyonlarının farklı dermatoskopik görünümleri.

tikosteroid; bir hastaya hidroklorokin, sistemik kortikosteroid ve intralezyonel steroid; bir hastaya doksisisiklin ve intralezyonel steroid; bir hastaya sistemik kortikosteroid ve metotreksat; bir hastaya intralezyonel steroid verildi. Sistemik tedavi almayan iki hastanın toplam üç lezyonuna Fotona 1064 nm uzun vuru süreli NdYAG lazer tedavisi (60 Joule/cm², 50 msn, 6 mm spot genişliği) 3 seans uygulandı fakat klinik düzleme gözlenmedi. Makülopapüler lezyonu olan bir hastanın lezyonları tedavisiz spontan geriledi. Üç hasta tanı sonrası takiplere gelmedi.

TARTIŞMA

Sarkoidozda kutanöz lezyonlar histopatolojik incelemede nonkazeifiye granülomların görüldüğü özgül lezyonlar ve reaktif olarak gelişen histopatolojik olarak granülomların izlenmediği özgül olmayan deri lezyonları olmak üzere ikiye ayrılır. Eritema nodosum sarkoidozun en sık görülen kutanöz lezyonudur ve sarkoidoz vakalarının %25'inde görülür fakat sarkoidozla özgül lezyon değildir. Sarkoidozun en sık görülen özgül lezyonu ise papüllerdir⁽¹⁻³⁾. Çalışmamızda ise en sık görülen kutanöz lezyonlar literatürün aksine eritema nodosum değil papüller özgül lezyonlardır. Bunun nedeninin bu çalışmanın genel sarkoidoz hasta grubunda değil dermatoloji kliniğine başvuran hasta grubunda değerlendirilmesi olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumda her ne kadar eritema nodosum sistemik sarkoidozun en sık görülen kutanöz lezyonu olarak bilinse de, dermatoloji kliniğine başvuran hastalar arasında özgül lezyon görülme oranı daha fazladır. Papüler sarkoidoz sıklıkla yüzde genellikle de göz çevresi ve nasolabialde izlenir⁽⁵⁾. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık özgül sarkoidoz lezyon yerleşim yeri yüz olarak saptanmıştır. LP öz-

gül bir sarkoidoz lezyonudur ve organ tutulumlarıyla birlikte seyrederek⁽⁵⁻⁶⁾. Bizim hasta serimizde de LP'si olan tek hastamızın kollarında infiltratif plaklar, skar sarkoidozu, ACE yüksekliği, akciğer parankim tutulumu ve göz tutulumu mevcuttu. Yanardağ ve ark.'nın⁽⁷⁾ çalışması ve Özşeker ve ark.'nın⁽³⁾ çalışması gibi sistemik sarkoidozlu hastaların deri tutulumunun araştırıldığı çalışmalarda LP ve skar sarkoidozu en az oranda görülen kutanöz lezyonlar olarak tespit edilse de yalnızca kutanöz sarkoidoz hastalarının incelendiği çalışmalarda LP ve skar sarkoidozu sistemik tutulum ile en sık ortaya çıkan özgül lezyonlardandır⁽²⁾. Çalışmamızda LP ve skar sarkoidozlu hasta sayısı az olduğu için istatistik değerlendirme yapamamak da; LP, skar sarkoidozu, oküler tutulum ve akciğer tutulumunun aynı hastada görüldüğünden yola çıkarak LP ve skar sarkoidozunun sistemik tutulum için ipucu olabileceğini yorumlayabiliriz.

Subkutan nodüler sarkoidoz genellikle üst ekstremitelerde 0.5-2 cm nodüller şeklinde görülür. Pek çok çalışmada subkutan nodüler sarkoidozla sistemik hastalıklar arasında ilişki gösterilmiştir. Bizim hasta serimizde de subkutan nodülleri olan üç hastanın ikisinde akciğer parankim tutulumu tespit edilmiştir. Özşeker ve ark.⁽³⁾ 148 sistemik sarkoidoz hastasında yaptıkları taramada özgül lezyon olarak en çok subkutan nodül tespit etmişlerdir. Bunun nedeninin Özşeker ve ark.'nın⁽³⁾ çalışmasındaki tüm hastaların sistemik tutulumu olan hastalar olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak, bizim hasta serimizde makülopapüler lezyonlar en çok görülen lezyon olsa da sistemik tutulum yapan lezyonlar değerlendirildiğinde en sık EN, özgül lezyonlar arasında ise en sık nodüler lezyonların olduğu saptanmıştır.

Kutanöz sarkoidozun dermatoskopik muayenesini araştıran en geniş serili çalışma Pellicano ve ark.⁽⁸⁾ tarafından yapılmıştır. Pellicano ve ark.⁽⁸⁾ altı kutanöz sarkoidoz hastanın yedi adet lezyonunu incelemiş, tüm lezyonlarda sarı translusen globüller ve damarların mevcudiyetini, beş lezyonda ise ek olarak santral skar benzeri alanların mevcudiyetini bildirmiştir. Çalışmamızda özgül sarkoidoz lezyonu olan 10 hastanın birden çok sayıda ve farklı lokalizasyonlarda lezyonları dermatoskopik olarak incelenmiştir. Çalışmamızda Pellicano'nun çalışmasıyla uyumlu olarak sarı translusen alanlar tüm lezyonlar da görülmekle birlikte damarlanma, sarı globüller, santral

skar benzeri alanlar daha az oranda görülmüştür. Bu uyumsuzluğun lezyon sayısının farklılığıyla ve çalışmamızda farklı vücut lokalizasyonlarında lezyonların çeşitliliğiyle ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Sarkoidoz tedavisinde kortikosteroidler, tetrasiklinler, antimalaryal ilaçlar, metotreksat, talidomid, mikofenolat mofetil, anti TNF ajanlar, lazer tedavisi kullanılabilir⁽⁵⁾. Hasta serimizde lokal, intralezyonel, sistemik kortikosteroidler, topikal kalsinorin inhibitörleri, antimalaryaller, metotreksat, doksisisiklin gibi tedaviler kullanılmış ve bu tedavilere hastalarımız değişen oranlarda yanıt vermişlerdir. Sistemik tedavi almayan iki hastanın toplam üç lezyonuna 1064 nm NdYAG lazer tedavisi uygulanmış fakat lezyonlarda klinik düzelme izlenememiştir. Literatürde “yoğun ışık kaynağı” ve “dye lazer” gibi ablatif olmayan lazerler ile tedavi olmuş kutanöz sarkoidoz olguları bildirilmiş olsa da^(10,11), NdYAG lazer ile sarkoidoz lezyonları gerilememiştir. 1064 nm NdYAG lazerin bu iki lazere göre derinin daha derin katmanlarına ulaşmasına rağmen, etkisiz kalması ya daha önce bildirilen olguların tesadüfi olduğunu göstermekte ya da verdiğimiz dozun yetersiz kaldığını göstermektedir. Sonuç olarak, kutanöz sarkoidoz lezyonlarının lazer ile tedavisi deneysel aşamada olduğundan kullanılan lazer parametreleri de standart değildir. Yüzde yaygın makulopapüler lezyonları olan fakat sistemik tedaviyi kabul etmeyen bir hastamızda ilerleyen yıllar içinde yaygın kutanöz tutulum ortaya çıkmış buna rağmen, yapılan tüm sistemik taramalarda hastamızda başka organ tutulumları saptanmamıştır. Bu durum yaygın ve şiddetli deri lezyonlarının sistemik tutulumla paralel gitmeyeceğinin göstergesi olarak yorumlanabileceği gibi hastanın ilerleyen yıllarda da organ tutulumu açısından takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu çalışma sarkoidozun klinik ve dermatoskopik özelliklerinin birlikte tartışıldığı; dermatoskopik incelemenin farklı lokalizasyonlarda ve farklı kutanöz

sarkoidoz lezyonlarında incelendiği tek çalışmadır. Kutanöz sarkoidoz lezyonlarının tanısında ve takibinde dermatoskopik incelemenin önemini anlamak için daha geniş serili ve diğer kutanöz granülamatöz hastalıkların dermatoskopik bakılarıyla karşılaştırmalı çalışmalar yapmak bu konuyu aydınlatacaktır.

KAYNAKLAR

1. Judson MA. Sarcoidosis: clinical presentation, diagnosis, and approach to treatment. *Am J Med Sci* 2008;335(1):26-33. <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31815d8276>
2. Haimovic A, Sanchez M, Judson MA, et al. Sarcoidosis: a comprehensive review and update for the dermatologist: part I. Cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:699. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2011.11.965>
3. Özşeker F, Bilgin S, Bayram Ü, ve ark. Sarkoidozda cilt tutulumu: 42 olgunun analizi. *Solunum Hastalıkları* 2007;18:1-6.
4. Balestri R, La Placa M, Bardazzi F, Rech G. Dermoscopic subpatterns of granulomatous skin diseases. *J Am Acad Dermatol* 2013;69(5):e217-218. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.03.030>
5. Tekin NS. Sarkoidoz. *Turk J Dermatol* 2012;6:80-6.
6. Güler E, Demirel BG, Konaş O. Kutanöz sarkoidozlu 15 hastanın geriye dönük analizi. *Turk J Dermatol* 2011;5:66-70.
7. Yanardağ H, Pamuk ON, Karayel T. Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of features in 170 patients. *Respir Med* 2003;97:978-82. [http://dx.doi.org/10.1016/S0954-6111\(03\)00127-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0954-6111(03)00127-6)
8. Pellicano R, Živkovic D, Gourhant JY, et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology* 2010;221(1):51-4. <http://dx.doi.org/10.1159/000284584>
9. Hadj I, Mernissi FZ. Dermoscopic features of sarcoidosis. *Pan Afr Med J* 2014;4(18):111. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2014.18.111.4613>
10. Piccolo D, Marcantonio D, Crisman G, et al. Unconventional use of intense pulsed light. *Biomed Res Int* 2014;6:18206. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/618206>
11. Emer J, Uslu U, Waldorf H. Improvement in lupus pernio with the successive use of pulsed dye laser and nonablative fractional resurfacing. *Dermatol Surg* 2014;40(2):201-2. <http://dx.doi.org/10.1111/dsu.12376>