

Psoriyazis Benzeri Deri Tutulumu Yapan Sarkoidoz Olgusu

A Case of Sarcoidosis with Psoriasis like Skin Involvement

Neslihan Özçelik¹, Yılmaz Bülbül¹, Savaş Özsu¹, Ümit Çobanoğlu²

Özet

Sarkoidoz, non-kazeifiye epitelooid granülomlarla seyreden ve etyolojisi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Deri tutulumu hastaların % 9-37 kadarında ve hastalığın herhangi bir evresinde karşımıza çıkabilmektedir. Sarkoidozda en sık makülopapüler kutanöz lezyonlar görülmekle birlikte, nadiren diğer formlarda deri lezyonları da izlenebilmektedir. Burada, sarkoidoz tanısı ile izlenen bir hastada ortaya çıkan psoriyazis benzeri deri lezyonları nedeniyle olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sarkoidoz, psoriyazis, deri tutulumu.

Abstract

Sarcoidosis, is a multisystem disease with unknown etiology and non-caseating epithelioid granulomas and fibrosis. Skin involvement occurs up to 9-37% of patients and may present at any stage of the disease. The most common maculopapular cutaneous lesions is experienced in sarcoidosis and although rarely also monitored in other forms of skin lesions. In this study, a patient diagnosed with sarcoidosis with psoriasis-like skin lesions has been discussed.

Key words: Sarcoidosis, psoriasis, skin involvement.

Sarkoidoz, non-kazeifiye epitelooid granülomlarla seyreden ve etyolojisi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Solunum sistemi, göz, deri, lenfatik sistem, kemik ve karaciğer tutulumu sık görülür. Deri tutulumu, hastaların % 9-37 kadarında ve hastalığın herhangi bir evresinde karşımıza çıka-

bilmektedir (1). Sarkoidozda en sık makülopapüler kutanöz lezyonlar görülmekle birlikte, nadiren diğer formlarda deri lezyonları da izlenebilmektedir (2). Deri lezyonları hem diyagnostik hem de prognostik açıdan önem taşımaktadır.

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon

¹Department of Pulmonary Medicine, Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Trabzon, Turkey

²Department of Pathology, Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Trabzon, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 31.10.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 08.01.2015

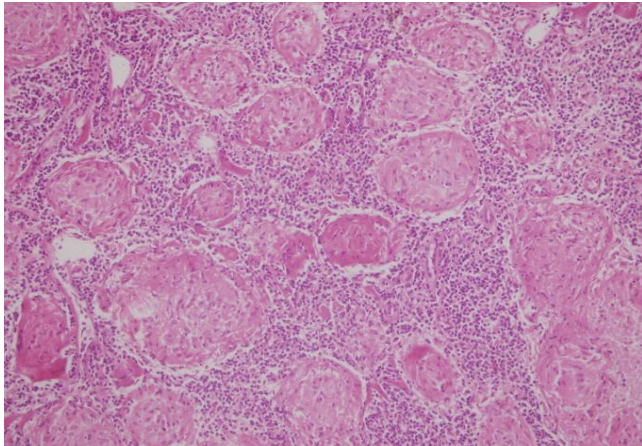
İletişim (Correspondence): Neslihan Özçelik, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

e-mail: ozcelik.nesli@gmail.com



OLGU

Hepatit B virüs taşıyıcılığı ve 10 paket/yıl sigara öyküsü olan 45 yaşındaki erkek hasta, mediastende lenf nodlarının saptanması nedeniyle 2007 yılında polikliniğimize sevk edilmiş ve o dönemde yapılan bronkoskopi ve bronkoalveoler lavaj sonucunun (spesifik ve nonspesifik kültür, sitopatolojik inceleme) tanısız olmaması üzerine mediastinoskopi yapılmış ve takiben non nekrotizan granülomatöz lenfadenit saptanarak sarkoidoz tanısı almış (Şekil 1). Evre-I sarkoidoz tanısı ile takibe alınan hastanın sonraki dönemde aralıklarla ve giderek artan döküntülü deri lezyonları ortaya çıkmaya başlamış. Özellikle baş boyun bölgesi ve üst ekstremitelerde daha yoğun olan lezyonlarında son zamanlarda artış olması nedeniyle dermatoloji polikliniğine başvurmuş ve hastada psoriasis düşünülerek 2013 yılında deri biyopsisi yapılmış. Patoloji sonucu langhans dev hücresi içeren, nekroz içermeyen, kompakt histiyosit topluluklarının oluşturduğu granülomatöz iltihap olarak raporlanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmişti.



Şekil 1: Mediastinoskopi eşliğinde alınan lenf nodu örneğinin patolojik incelemesinde lenf nodu yapısını geniş alanlarda ortadan kaldıran epitelioid histiyositlerden oluşan granülom odakları izlendi, nekroz saptanmadı.

Hastanın fizik muayenesinde yüz, saçlı deri, sırt, omuzlar ve kollarda yaygın olarak eritemli, maküler plak tarzında ve yer yer skuamli lezyonları mevcuttu (Şekil 2 ve 3). Solunum sistemi muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde bilateral hiler genişleme (Şekil 4), akciğer tomografisinde bilateral hiler, subkarinal multipl lenfadenopatiler saptandı (Şekil 5 ve 6). Solunum fonksiyon testleri normal [FEV1/FVC %86, FEV1: 3 L (%86), FVC: 3,5 L (%85) ve DLCO: %85] olarak değerlendirildi. Eritrosit sedimentasyon hızı yüksek (90 mm/saat), anjiyotensin konvertin enzim (ACE) düzeyi artmış (121 mg/dl) bulundu. Diğer laboratuvar incelemeleri

(tam kan sayımı, biyokimya ve idrar analizi, kollagen doku belirteçleri) normal olarak değerlendirildi. Deri biyopsi örneğinin tüberküloz mikroskopisi ve kültürü, ayrıca tüberkülin deri testi negatif bulundu.



Şekil 2: Hastanın sırtında yaygın eritemli, maküler plak tarzında ve yer yer skuamli lezyonlar.



Şekil 3: PA akciğer grafisinde sağda belirgin bilateral hiler genişleme.



Şekil 4: Bilgisayarlı toraks tomografisinde belirgin büyümüş hiler lenf nodları.

Mevcut veriler ışığında hasta yaygın deri tutulumlu Evre-I sarkoidoz olarak değerlendirildi. Lezyonların belirgin estetik sorun oluşturması ve yaşam kalitesini etkilemesi

nedeniyle sistemik steroid tedavisi planlandı. HBV taşıyıcısı olması nedeni ile gastroenteroloji ile konsülte edildi ve sonrasında 40 mg/gün metil prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında yapılan kontrollerinde lezyonların belirgin şekilde gerilediği gözlemlendi.



Şekil 5: Hastanın yüz ve göğüs bölgesinde yaygın eritemli, maküler plak tarzında lezyonlar.

TARTIŞMA

Sistemik sarkoidozlu hastalarda %37'ye varan oranlarda ve değişen formlarda deri tutulumu görülebilmektedir (3). Lezyonlar hastalığın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilmekle birlikte hastamızda olduğu gibi genellikle hastalığın başlangıcından itibaren izlenmektedir (4). Deri lezyonları spesifik ve nonspesifik lezyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (5). Sarkoidozun spesifik lezyonları histopatolojik olarak granülomatöz bir yapı gösterirken, nonspesifik lezyonlarında ise inflamatuvar yanıt izlenir. Makül, papül, nodül, plak, subkutan nodül, infiltrate skar ve lupus pernio gibi lezyonlar sarkoidoza spesifik lezyonlar kapsamında değerlendirilirken; eritema nodozum, iktiyoz, eritema multiforme, eritrodermi, pruritis, kalsifikasyonlar ve Sweet sendromu gibi lezyonlar ise nonspesifik deri lezyonları olarak değerlendirmektedir (5). Sarkoidozda en sık görülen deri lezyonu, non-spesifik bir lezyon olan eritema nodosumdur (6). Spesifik kutanöz sarkoidoz lezyonları olarak da en sık makülopapüler lezyonlar ile karşılaşılmaktadır (2). Lezyonlar sıklıkla baş, boyun, sırt, ekstremiteler ve nadiren oral kavitede yerleşmektedirler (7). Hastamızda saptanan sarkoidoza spesifik deri lezyonları, yukarıda belirtildiği üzere granülomatöz iltihap özellikleri

göstermekteydi ve literatürde bildirilene benzer olarak lezyonlar hastanın baş, boyun bölgesi, üst ekstremiteler ve üst gövdede daha yoğun olarak yerleşmişti.

Yanardağ ve ark.'nın (5) 170 kutanöz sarkoidoz olgusunu kapsayan çalışmalarında kadın hastalarda deri tutulumu daha fazla (%80 kadın, %20 erkek) ve psoriyazis benzeri deri lezyonu olan hasta oranı ise %0,9 olarak bulunmuştur. Hastalar sistemik tutulum olmaksızın sadece deri bulgularıyla da başvurabilmektedirler (8). Çok değişik morfolojilerde deri lezyonları görülmesi nedeniyle deri sarkoidozu 'büyük taklitçi' olarak da tanımlanmaktadır (9).



Şekil 6: Bilgisayarlı toraks tomografisinde normal akciğer parankimi.

Kutanöz sarkoidoz lezyonları; granülomatöz rozasea, psoriyazis, nodüler neoplazmlar, diskoid lupus eritematozus, morfea, anüler sifiliz, lupus vulgaris vb. gibi dermatolojik tablolarla kolaylıkla karışabilmektedir (10). Bu nedenle ayırıcı tanı konusunda dikkatli olunması gerekmektedir. Ayrıca bu hastaları çoğunlukla ilk olarak değerlendiren hekimler olan dermatologların, hastayı sistemik tutulum açısından değerlendirmesi önem arz etmektedir. Tanıda punch biyopsi oldukça kolay ve güvenilir bir yöntemdir (11). Ancak granülomatöz iltihap yapan diğer hastalıklar tüberküloz, atipik mikobakteri enfeksiyonları, fungal enfeksiyonlar, yabancı cisim reaksiyonları ve romatoid nodüller histopatolojik ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (3,12). Bu kapsamda muhtemel enfeksiyöz nedenleri dışlamak için alınan örneklerin spesifik ve nonspesifik kültürü, serolojik değerlendirme, tüberkülin testi, serum ACE düzeyi yardımcı olabilir. Özellikle spesifik deri tutulumu olan hastalarda ACE düzeyi belirgin olarak yüksek bulunmuştur (11). Bir çalışmada sarkoidoz deri tutulumu olan hastalar ile psöriyazis olguları karşılaştırılmış ve sarkoidozda ACE düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (13). Yapılan başka bir çalışmada kutanöz sarkoidozlu hastalarda ACE düzeyi % 75 oranında yüksek saptanmıştır (14). Hastamızda da ACE düzeyi belirgin yüksek bulunmuş, olası enfeksiyöz etkenleri dışlamak için spesifik

ve nonspesifik kültür incelemeleri, tüberkülin testi, immünojenik hastalıkların ekarte edilmesi açısından kollagen doku belirteçleri negatif sonuçlanmıştır.

Psoriasis, sarkoidoz gibi henüz nedeni bilinmeyen hastalıklar arasındaki yerini korumaktadır. Hastalarda histopatolojik olarak lenfosit ve monositlerden zengin dermal infiltrasyon ve ödem; stratum korneumda ya da hemen altında yerleşen polimorfonükleer lökositlerden oluşan epidermal mikroabseler (Munro mikroabseleri) gözlenir (15). Literatürde sarkoidoz ve psoriasis birlikteliğinden bahseden yeterli çalışma mevcut değildir. Dolayısı ile her iki hastalığın immün mekanizmasına ilişkin daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Kutanöz sarkoidozda standart tedavi, kortikosteroidler, antimalaryal ilaçlar, metotreksat, tetrasiklinler ve inatçı olgularda TNF-alfa inhibitörlerini içermektedir (10). Yapılan bir çalışmada 20–40 mg/gün oral kortikosteroid dozuyla tedavinin başlangıcından 4–8 hafta sonra lezyonlarda düzelleme olduğu gözlenmiştir (16). Ancak tedavi edilmeksizin de sarkoidoz deri lezyonları kendiliğinden gerileyebilir (8). Tedavi genellikle yüz güldürücüdür ve hastamızda olduğu gibi birçok olguda tedavi ile iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Sonuç olarak, sarkoidoz hastalarında oldukça farklı spektrumlarda deri lezyonları ile karşılaşılabilir. Bu hastalarda belirtilen deri lezyonlarının ayırıcı tanısının ve sarkoidoz ile ilişkisinin ortaya konulmasında deri biyopsisinin oldukça değerli bir araç olduğu unutulmamalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - N.Ö., Y.B., S.Ö., Ü.Ç.; Tasarım ve Dizayn - N.Ö., Y.B., S.Ö., Ü.Ç.; Denetleme - N.Ö., Y.B., S.Ö., Ü.Ç.; Kaynaklar - N.Ö., Y.B., S.Ö.; Malzemeler - N.Ö., Y.B., Ü.Ç.; Veri Toplama ve/veya İşleme - N.Ö., Y.B.; Analiz ve/veya Yorum - N.Ö., Y.B., S.Ö.; Literatür Taraması - N.Ö.; Yazıyı Yazan - N.Ö., Y.B.; Eleştirel İnceleme - Y.B., S.Ö.

KAYNAKLAR

1. Olive KE, Kataria YP. Cutaneous manifestations of sarcoidosis. Relationships to other organ system involvement, abnormal laboratory measurements, and disease course. Arch Intern Med 1985; 145:1811-4.
2. Mana J, Marcoval J, Graells J, Salazar A, Peyri J, Pujol R. Cutaneous involvement in sarcoidosis. Relationship to systemic disease. Arch Dermatol 1997; 133:882-8. [\[CrossRef\]](#)
3. English JC 3rd, Patel PJ, Greer KE. Sarcoidosis. J Am Acad Dermatol 2001; 44:725-43. [\[CrossRef\]](#)
4. Tchernev G. Cutaneous sarcoidosis: the "great imitator": etiopathogenesis, morphology, differential diagnosis, and clinical management. Am J Clin Dermatol 2006; 7:375-82.4. [\[CrossRef\]](#)
5. Yanardag H, Pamuk ON, Karayel T. Cutaneous involvement in sarcoidosis: analysis of the features in 170 patients. Respir Med 2003; 97:978-82. [\[CrossRef\]](#)
6. Belfer MH, Stevens RW. Sarcoidosis: a primary care review. Am Fam Physician 1998; 58:2041-50, 55-6.
7. Elgart ML. Cutaneous sarcoidosis: definitions and types of lesions. Clin Dermatol 1986; 4:35-45. [\[CrossRef\]](#)
8. Atakan M, Gürel MS, Kiremitçi Ü, Erdoğan S. Kutanöz Sarkoidoz. İstanbul Tıp Dergisi 2006; 3:40-3.
9. Katta R. Cutaneous sarcoidosis: a dermatologic masquerader. Am Fam Physician 2002; 65:1581-4.
10. Lodha S, Sanchez M, Prystowsky S. Sarcoidosis of the skin: a review for the pulmonologist. Chest 2009; 136:583-96. [\[CrossRef\]](#)
11. Yanardag H, Tetikkurt C, Bilir M, Demirci S, Iscimen A. Diagnosis of cutaneous sarcoidosis; clinical and the prognostic significance of skin lesions. Multidiscip Respir Med 2013; 8:26. [\[CrossRef\]](#)
12. Marchell RM, Judson MA. Chronic cutaneous lesions of sarcoidosis. Clin Dermatol 2007; 25:295-302. [\[CrossRef\]](#)
13. Thestrup-Pedersen K, Romer FK, Jensen JH, Brodthagen H. Serum angiotensin-converting enzyme in sarcoidosis and psoriasis. Arch Dermatol Res 1984; 277:16-8. [\[CrossRef\]](#)
14. Aydoğan K, Aydın Y, Adım ŞB, Günay IT, Sarıcaoğlu H, Başkan EB, et al. Kutanöz sarkoidozlu 27 hastanın retrospektif analizi. Turkderm 2013; 47:148-54. [\[CrossRef\]](#)
15. Barker JN. Pathogenesis of psoriasis. J Dermatol 1998; 25:778-81. [\[CrossRef\]](#)
16. Ahmed I, Harshad SR. Subcutaneous sarcoidosis: is it a specific subset of cutaneous sarcoidosis frequently associated with systemic disease? J Am Acad Dermatol 2006; 54:55-60. [\[CrossRef\]](#)