



ROZASEADA AÇLIK KAN ŞEKERİ VE TİROİD HORMONLARI*

Özer ARICAN¹, Hayal HAYIRLIOĞLU²

Rozasea, deri ve göz bulguları ile seyreden kronik seyirli, vasküler, inflamatuvar bir dermatozdur. Hastalığın nedeni bilinmemekle birlikte etyolojide endokrin faktörler de suçlanmaktadır. Tiroid hormonlarının aşırı salgılanması ve diyabette de yüzde eritem görülebilmektedir. Bu ön çalışmada, açlık kan şekeri ve tiroid hormonlarından total T₃, total T₄ ve TSH seviyeleri bakılarak rozasea ile diyabetes mellitus ve tiroid fonksiyon bozukluklarının birlikte görülme oranları araştırılmıştır. Çalışmaya alınan tanısı klinik olarak konulmuş yaşları 30-80 (ortalama: 52.4±12.04) arasında değişen 30 kişilik rozasealı hasta grubunun 19 (%63.33)'u kadın, 11 (%36.67)'i erkekti. Yaşları 30-80 arasında (ortalama: 55.55±11.26) değişen 20 kişilik kontrol grubunun 12 (%60)'si kadın, 8(%40)'i erkekti. Hastalardan gerekli anamnez bilgileri alınmış, hastalığın süresi, lokalizasyonu ve dermatolojik bulguları kaydedilmiştir. Tüm hasta ve kontrol grubunun açlık kan şekeri, total T₃, total T₄ ve TSH seviyelerine sabah açlık kanında bakılmıştır. Hastalarımızın açlık kan şekeri ortalaması 112.89±33.03 mg/dl iken bu değer kontrol grubunda 96.7±10.98 mg/dl bulunmuş olup, grupların ortalama değerleri arasında istatistiksel anlamda bir fark mevcuttu (p=0.017). Çalışma grubunun 12 (%40)'sinde, kontrol grubunun da 1 (%5)'inde diyabet bulundu. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.005). Tiroid hormon değerleri açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Rozasea ile tiroid bozuklukları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak hastalığın diyabetle ilişkisi daha geniş ve kapsamlı çalışmalarla araştırılmaya devam edilmelidir düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Akne rozasea, tiroid hormonları, kan şekeri

FASTING BLOOD GLUCOSE AND THYROID HORMONES IN ROSACEA

Rosacea is a chronic, vascular and inflammatory dermatosis that manifests itself with dermal and ophtalmic signs. Although the cause of the disease is not known, endocrine factors are blamed in etiology. In excessive secretion of thyroid hormones and diabetes erythema may be seen on the face. In this pilot study, the fasting blood glucose and thyroid hormones total T₃, total T₄ and TSH were checked and the joint occurrence ratios of rosacea with diabetes mellitus and thyroid dysfunctions were examined. Of the clinically diagnosed patient group composed of 30 persons aged between 30-80 (mean: 52.4±12.04) years, 19 (63.33%) were female and 11 (36.67%) were male. Of the control group composed of 20 persons aged between 30-80 (mean:55.55±11.26) years, 12 (60%) were female, 8 (40%) were male. The medical history information was received from all the patients, the duration, localization and dermatological signs were recorded. Both the patient and control groups were checked for their fasting blood glucose, total T₃, total T₄ and TSH levels in their fasting blood in the morning. The mean fasting blood glucose of our patients was 112.89±33.03 mg/dl, whereas this value was found as 96.7±10.98 mg/dl in the control group, and there was a statistically significant difference between the mean values of the patients (p=0.017). Diabetes was found in 12 (40%) of the study group and 1 (5%) of the control group. This difference was also statistically significant (p=0.005). There was no difference between the groups in terms of the thyroid hormone values. No correlation was found between rosacea and thyroid dysfunctions. However, we think that the correlation of the disease with diabetes should continue to be studied with more extensive and comprehensive researches.

Keywords: Acne rosacea, thyroid hormones, blood glucose

Rozasea deri ve göz bulguları ile seyreden kronik seyirli, vasküler, inflamatuvar bir dermatozdur^{1,2}. Deri bulguları burun, yanaklar, alın ve çenede eritem, flaşing, telenjiyektazi, papül, püstül ve seyrek olarak da burun üzerinde yağ bezi hipertrofisi ile karakterizedir^{1,3}. Hastalık en çok üçüncü ve dördüncü dekatlarda görülmekte olup, adolesan ve çok yaşlılarda nadirdir. Kadınlarda daha sık rastlanmasına rağmen ciddi vakalar daha çok erkeklerden oluşmaktadır⁴⁻⁶.

Rozasea, çeşitli nedenlerle ortaya çıkan kutanöz bir reaksiyondur. Hastalığın nedeni bilinmemekle birlikte etyolojide endokrin faktörler, vazomotor dengesizlik, "Demodex folliculorum", fokal infeksiyon odakları, sindirim sistemi bozuklukları, psikojenik faktörler, immünolojik bozukluklar gibi birçok faktör öne sürülmektedir^{3,7-9}. Son zamanlarda hastalığın derideki vasküler bir bozukluğa bağlı olarak ortaya çıktığı görüşü önem kazanmaktadır².

Tiroid hormonunun vücutta fazla salgılanması ya da vücutta fazla verilmesi durumunda deride de bazı değişiklikler gözlenmektedir. Bu gibi durumlarda deri ılık, nemli ve düzündür. Sıcaklık, periferik vazodilatasyon ve kan akımının artmasına bağlıdır. Baş ve boyunda kızarıklık vazomotor dengesizliğin bir kanıtıdır. Uzun süreli diyabetik hastalarda ise yüz, boyun, eller ve bacaklarda "diyabetik rubeozis" adı verilen kalıcı eritemlerin meydana geldiği bilinmektedir³.

Tiroid hormonu fazlalığı ve diyabette yüzde eritem ve flaşing görülmesinden dolayı bu çalışmada, bir grup rozasealı hastada tiroid hormonları ve açlık kan şekeri düzeylerine bakılarak bu hastalıkların rozasea ile birlikteliklerinin araştırılması planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, dermatoloji polikliniğine başvuran, rastgele seçilmiş rozasealı 19'u kadın, 11'i erkek toplam 30 hasta ile diyabet ve tiroid fonksiyon bozukluğu anamnezi vermeyen, nonspesifik şikayetlerle başvurmuş 12'si kadın, 8'i erkek 20 kişiden oluşan kontrol grubu üzerinde gerçekleştirildi.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği,

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği

*XIX. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde (Kapadokya-2002) poster olarak sunulmuştur.

Çalışmaya alınan her hastada yaş, cinsiyet, meslek, sistemik hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, alkol ve sigara alışkanlığı, hastalığın süresi sorgulandı ve fizik muayeneleri yapılarak not edildi. Hastalar, sistemik ve dermatolojik muayeneden geçirildi. Çalışma seyrini etkileyecek bir hastalığı olanlar ya da ilaç kullananlar kapsam dışı tutuldu. Çalışmaya alınan rozasealı hastalarda hastalığın lokalizasyonu ve kliniğinde görülen dermatolojik lezyonlar (eritem, flaşing, telenjiyektazi, papül, püstül ve rinofima) saptanarak kaydedildi.

Hastaların sabah 08:30-09:30 arasında laboratuarda aç olarak alınan venöz kan örneklerinden serum açlık kan şekeri (AKŞ), serum total T3 (TT3), serum total T4 (TT4) ve serum Tiroid Stimulan Hormon (TSH) seviyeleri çalışıldı. Normal değerler olarak AKŞ: 60-112 mg/dl, TT3: 82-179 ng/dl, TT4: 4.5-12.5 g/dl, TSH: 0.4-4 mIU/ml olarak alındı.

Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Karşılaştırmalarda t test, Mann-Whitney U ve ki-kare testleri kullanıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan yaşları 30-80 (ortalama: 52.4±12.04) arasında değişen 30 kişilik rozasealı hasta grubunun 19 (%63.33)'u kadın, 11 (%36.67)'i erkekti. Yaşları 30-80 arasında (ortalama: 55.55±11.26) değişen 20 kişilik kontrol grubunun 12 (%60)'si kadın, 8 (%40)'i erkekti. Gruplar arasında cinsiyet (p= 0.812) ve yaş (p=0.357) farkı yoktu. Hasta ve kontrol grubunun yaş aralıklarına göre dağılımı Tablo I'de özetlenmiştir.

Tablo I. Hasta ve kontrol grubunun yaş aralığına göre dağılımı

Grup	Yaş aralığı	Cinsiyet		Toplam
		Erkek	Kadın	
Rozasea	30-39	1 (%3.33)	3 (%10)	4 (%13.33)
	40-49	2 (%6.67)	8 (%26.67)	10 (%33.33)
	50-59	1 (%3.33)	3 (%10)	4 (%13.33)
	60-69	6 (%20)	4 (%13.33)	10 (%33.33)
	70-79	1 (%3.33)	1 (%3.33)	2 (%6.67)
	Toplam	11 (36.67)	19 (%63.33)	30 (%100)
Kontrol	30-39	2 (%10)	1 (%5)	3 (%15)
	40-49	1 (%5)	1 (%5)	2 (%10)
	50-59	1 (%5)	6 (%30)	7 (%35)
	60-69	2 (%10)	4 (%20)	6 (%30)
	70-79	2 (%10)	---	2 (%10)
	Toplam	8 (%40)	12 (%60)	20 (%100)

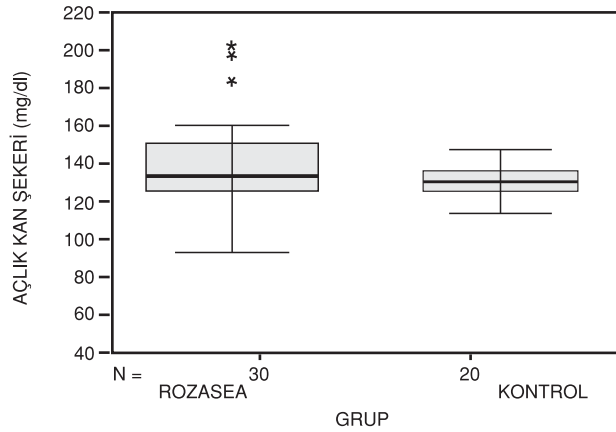
Rozasealı grupta hastalık süresi 1 ay ile 25 yıl arasında değişmekte olup ortalama 39.83±74.14 ay olarak bulundu.

Erkeklerde 57.18±106.51 ay, kadınlarda 29.27±47.58 ay olan ortalama süreler arasında cinsiyet farkı yoktu (p=0.435). Rozasealı hastalarda gözlediğimiz deri bulguları Tablo II'de özetlenmiştir.

Tablo II. Çalışmaya alınan rozasealı hastalarda deri bulgularının görülme sıklık ve oranları

Deri bulguları	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sıklık	Oran(%)	Sıklık	Oran(%)	Sıklık	Oran(%)
Eritem	18	60	10	33.33	28	93.33
Flaşing	4	13.33	---	---	4	13.33
Telenjiyektazi	16	53.33	11	36.67	27	90
Papül	15	50	9	30	24	80
Püstül	10	33.33	10	33.33	20	66.67
Rinofima	---	---	---	---	0	0

Rozasealı hastaların ölçülen AKŞ değerleri 67-201 mg/dl arasında değişmekte olup ortalamalar erkek hastalarda 103.45±32.25 mg/dl, kadın hastalarda 118.35±33.08 mg/dl bulundu. Grubun tümünde ise ortalama AKŞ 112.89±33.03 mg/dl idi. Kontrol grubunun AKŞ değerleri 80-120 mg/dl arasında değişmekteydi ve ortalaması erkeklerde 100.38±11.1 mg/dl, kadınlarda 94.25±10.65 mg/dl iken tümünde 96.7±10.98 mg/dl bulundu (Şekil 1, Tablo III). Grupların ortalama değerleri arasında istatistiksel anlamda bir fark mevcuttu (p=0.017). Çalışma grubunun 12 (%40)'sinde, kontrol grubunun da 1 (%5)'inde diyabet bulundu. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.005).



Şekil 1. AKŞ değerlerinin rozasealı çalışma ve kontrol gruplarında kutu grafikte gösterilmesi (N: Olgu sayısı, *: Ekstrem olgular).

Tiroid hormon değerleri, hasta ve kontrol grubunda cinsiyetler dikkate alınarak Tablo III'de özetlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde TT3 (p=0.559), TT4 (p=0.200) ve TSH (p=0.068) değerlerinin hiçbirinde gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı. Bu değerlere göre patoloji saptanan olgu sayısı rozasealı grupta 6 (%20), kontrol grubunda 2 (%10) idi. Bunlar arasında da istatistiksel fark yoktu (p=0.296).



Tablo III. AKŞ, TT₃, TT₄ ve TSH ortalama değerlerinin cinsiyetler dikkate alınarak gruplar arasındaki dağılımı (N: Olgu sayısı)

Grup	Cinsiyet	N	AKŞ (mg/dl)	TT ₃ (ng/dl)	TT ₄ (µg/dl)	TSH (mIU/ml)
Rozasea	Kadın	19	118.353±33.078	135.542±41.67	8.314±2.497	2.858±3.401
	Erkek	11	103.455±32.253	127.609±26.967	8.394±1.821	1.197±0.481
	Toplam	30	112.89±33.033	132.633±36.656	8.343±2.24	2.25±2.815
Kontrol	Kadın	12	94.25±10.653	122.225±22.51	9.325±1.174	1.192±0.401
	Erkek	8	100.375±11.096	165.25±52.084	8.5±1.399	0.867±0.309
	Toplam	20	96.7±10.979	139.435±41.96	8.995±1.3	1.062±0.393

TARTIŞMA

Rozaseanın etyolojisinde bir kısım endokrin faktörler de suçlanmaktadır³. Biz de bu ilişkiyi araştırmak için bir grup rozasealı hastada açlık kan şekeri ve tiroid hormonları seviyelerini kontrol grubu ile karşılaştırdık.

Klinik ve anamnez verilerine göre rozasea tanısı konulan ve çalışma kapsamına alınan 30 hastanın çoğunluğunu (%63.33) kadınlar oluşturmaktaydı ki bu, kadınlarda daha sık görüldüğü şeklindeki literatür verileri ile uyumlaydı⁴⁻⁶.

Her yaşta görülebilen hastalık, 40-50 yaşlar arasında pik yapmaktadır³. Hastalarımızın yaşları 33-72 arasında olup 30 hastanın 24 (%80)'ü 40-69 yaş grubundaydı. Bizim bu bulgumuz da literatür ile uyumluydu.

Hastalık süreleri 1 ay ile 25 yıl arasında değişmekle beraber, kadınların erkeklere göre daha kısa sürede doktora başvurdukları görülmektedir. Bu, hastalığın kadınları kozmetik açıdan daha fazla rahatsız ettiğini ve hastalığa daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

Rozasea burunda, yanaklarda, çenede, alında ve glabellada lokalize olan sentrofasiyal bir hastalıktır. Genellikle gözden kaçan, daha nadir lokalizasyonlar retroauriküler bölgeler, göğüsteki V şekilli bölge, boyun, sırt hatta saçlı deridir^{4,5,10}. Çalışmamıza aldığımız hastalarda lezyonların yerleşimi de literatüre uygun şekilde burun, yanaklar, çene ve alında.

Rozaseanın deri bulguları, flaşing ataklarının öncülük ettiği papüller, papülopüstüller, canlı kırmızı eritem, telenjiyektaziler ve ödemdir. Persistan eritem ve telenjiyektazi rozaseanın en sık görülen iki bulgusudur^{3,5,11}. Hastalarımızda en sık görülen bulgular %93.33 ile eritem, %90 ile telenjiyektazi ve %80 ile papüllerdi. Bu da mevcut literatür verileri ile benzerlik göstermekteydi.

Başta da söylendiği gibi bazı endokrin faktörler etyolojide suçlanmaktadır. Hastalığın menopozal kadınlarda daha çok görülmesi de bunu destekler niteliktedir^{4,5,12}. Creamer ve arkadaşları, geç dönem paratiroid tümörlü multiple endokrin neoplazi-rozasea birlikteliğini bildirmişlerdir¹³.

Schmidt ve arkadaşları, bir grup rozasealı hasta ile yaptıkları çalışmalarında klinik ve elektron mikroskopik gözlemlerine dayanarak seks steroidlerinin vasküler düzeyde olası bir endokrin etkisinden söz etmişlerdir¹⁴. Öte yandan Neuman ve Frithz, rozasealı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında ışık mikroskopisi düzeyinde diyabetik anjiyopatiye uyan histopatolojik bulgular bulduklarını bildirmişlerdir¹⁵. Bununla birlikte yerli ve yabancı literatürde rozaseada diyabet ve tiroid bezi anomalisi birlikteliğini araştıran benzer bir çalışmaya rastlayamadık.

Bizim çalışma grubumuzda AKŞ değerleri ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olmasının yanısıra, sayısal olarak da rozasea grubumuzda daha fazla diyabetik hasta mevcuttu. Diyabetik hastalarda görülen yüzdeki kalıcı eritemin kalınlaşmış damarların fizyolojik koşullar altında vazokonstriksiyon göstermemesine bağlı olduğu düşünülmektedir³. Bu hastalara da tıpkı rozaseada olduğu gibi güneşten korunmaları, primer topikal iritanlardan, kafein ve alkol gibi vazodilatörlerden kaçınmaları önerilmektedir¹⁶. Bu yüzden diyabetin rozasea seyrine etkisi daha geniş çalışmalarla aydınlatılmalıdır.

Hasta grubumuzun tiroid hormon değerlerinin, kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalarının hiçbirisinde anlamlı bir fark ortaya çıkmadı. Literatürde bu yönde bildirilmiş olgu sunularına da rastlayamadık. Bu da bize tiroid bozukluğu ile rozasea arasında patofizyolojik bir birliktelik olmadığını düşündürdü.

Görüldüğü gibi bu konuda elimizde yeterli araştırma bulunmamaktadır ve gerek klinik gerekse de histopatolojik veriler henüz çok eksiktir. Kronik, tekrarlayıcı bir hastalık olan rozaseada AKŞ yüksekliğinin yani diyabetin, hastalığı tetikleyici veya seyrini etkilen bir faktör mü yoksa hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan vasküler patolojilerin bir sonucu mu olduğunu açıklayabilmek için daha fazla rozasea ve diyabetik hastayı kapsayan geniş ve detaylı çalışmalara gereksinim olduğu düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Demis DJ. Rosacea. In: Demis DJ (ed). Clinical Dermatology. JB Lippincott Comp, Philadelphia, 1992: 428-35.
2. Wilkin J. Rosacea: Pathophysiology and treatment. Arch Dermatol 1994, 130: 359-62.
3. Plewing G. Rosacea. In: Fitzpatrick EB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (eds). Dermatology in General Medicine, 4th edition. New York, Mc Graw Hill Inc, 1993: 727-35.
4. Arnold HL, Odom RB, James WD. Rosacea. In: Arnold HL, Odom RB, James WD (eds). Andrew's Diseases of the Skin. Philadelphia, WB Saunders, 1990: 263-4.
5. Marks R. Rosacea, Flushing and Perioral Dermatitis. In: Rook A, Wilkinson DS, Champion RH, Burton JC, Ebling FJS (eds). Textbook of Dermatology, 5th edition. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1992: 1851-7.
6. Tolman EI. Acne and Acneiform Dermatoses. In: Moschella SL, Hurley HJ (eds). Dermatology, 3th edition. London, WB Saunders Comp, 1992: 1487-9.



7. Ramalet AA. Rosacea: Disease or reaction pattern? *Dermatologica* 1986; 173: 53-6.
8. Wilkin JK. Rosacea. *Int J Dermatol* 1983; 22: 393-400.
9. Sibenge S, Gawkrödger DJ. Rosacea: A study of clinical patterns, blood flow and the role of *Demodex folliculorum*. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 590-3.
10. Kelly A, Paul K. Rosacea. In: Sams WM, Lynch PJ (eds). *Principles and Practice of Dermatology*, 1st edition. Mosby, 1990: 789-91.
11. Habif PT. Rosacea. In: Habif PT (ed). *Clinical Dermatology*, 3rd edition. Missouri, St Louis, 1996: 182.
12. Perry JK. Rosacea. *Cutis* 1991; 48: 406.
13. Creamer JD, Whittaker SJ, Griffiths WA. Multiple endocrine neoplasia type I presenting as rosacea. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21: 170-1.
14. Schmidt JB, Raff M, Spona J. Do sexuel steroids contribute to the pathomechanism of rosacea? A study of estrogen and androgen receptors in acne rosacea. *Acta Derm Venereol* 1983; 63: 64-6.
15. Neuman F, Frithz A. Capillaropathy and capillaroneogenesis in pathogenesis of rosacea. *Int J Dermatol* 1998; 37: 263-6.
16. Ersoy L, Balaban D. Diyabetes mellitus ve deri. Yenigün M, Altuntaş Y (ed). *Her yönüyle diyabetes mellitus*, 2. baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001: 595-614.