

Pitriyazis Rotunda

Pityriasis Rotunda

Gülsüm Gençoğlan, Işıl Kılınc Karaarslan*, Ali Can Kazandı**, Günseli Öztürk**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Pitriyazis rotunda (PR), gövde ve ekstremitelerde yuvarlak-oval yamalarla karakterize nadir bir deri hastalığıdır. İnce skuamli bu yamalar genellikle çevredeki deriden daha açık renkli, bazen de daha koyu renktedir. Beyaz ırkta oldukça nadir olan klinik tablo Japonlar, Güney Afrika ve Batı Hindistan zencilerinde daha sık gözlenmektedir. Akdeniz bölgesinde yoğun olarak Sardunya adasından olgular bildirilmiş olmakla birlikte Avrupa'da çok nadir görülmektedir. Burada ülkemizden tanı alan ilk iki olgu sunulmaktadır. On beş yaşında kız ve 4 yaşında erkek çocukta gövdenin tamamı ile ekstremitelerin proksimal kısımlarında iyi sınırlı, dairesel, pitriyazik skuamli merkezi hipopigmente, periferi eritematöz plaklar mevcuttu. Hastaların deri foto tipi II idi. Histopatolojik incelemede granüler tabaka izlenmedi sadece orta derecede kompakt hiperkeratoz mevcuttu. Yalnız emolient kullanılan hastalarda lezyonlarda tam silinme sağlandı. (*Türkderm 2010; 44: 99-101*)

Anahtar Kelimeler: Pitriyazis rotunda, ihtiyosis

Summary

Pityriasis rotunda is a rare skin disease characterized by round or oval patches, localized mainly on the trunk, arms, and legs. The patches are usually lighter than the surrounding skin, but sometimes may be darker, and are covered by fine, adherent scales. It is very rare in caucasoids, common in Japanese and is also seen in South African blacks and West Indian black and Mediterranean area predominantly in Sardinia have been reported but it is seldom observed in Europe. We present the first two cases diagnosed from Turkey. There were well-demarcated circumscribed scaly plaques with a erythematous periphery and hypopigmented center on the trunk and proximal parts of upper limbs. Their skin phototype was II. Histopathologic examination revealed a moderate degree of compact hyperkeratosis without a granular layer. Complete clearing was observed with only emollients. (*Turkderm 2010; 44: 99-101*)

Key Words: Pityriasis rotunda, ihtiyosis

Giriş

Pitriyazis rotunda (PR) ilk kez Toyoma tarafından tanımlanmış olan nadir bir keratinizasyon hastalığıdır¹. Genellikle ekstremitelerin proksimal kısımları ile gövdede yerleşen asemptomatik, iyi sınırlı, hafif skuamli, yuvarlak yamalar ile karakterizedir. Lezyonların dairesel görünümü, tipik dağılımı ve histopatolojik olarak inflamatuvar değişikliklerin olmaması tanı koydurucudur². Günümüze kadar Japonya^{1,3,4}, Kuzey Amerika⁵, İtalya'da Sardunya adası^{6,7} ve Güney Afrika^{8,9} olmak

üzere dört endemik bölge tanımlanmış olup, Uzak Doğu^{10,11} ve Akdeniz Bölgesi'nden^{12,13} de sporadik vakalar bildirilmiştir. Olgularımız Türkiye'den bildirilen ilk olgulardır.

Olgu 1

Dört yaşında sağlıklı erkek çocuğu yaklaşık 5 aydır geçmeyen hafif kaşıntılı kızarıklık ve kuruluk yakınmasıyla getirildi. Daha önce başvurduğu sağlık merkezlerinde önerilen topikal steroidli preparatlar ile lezyonlar

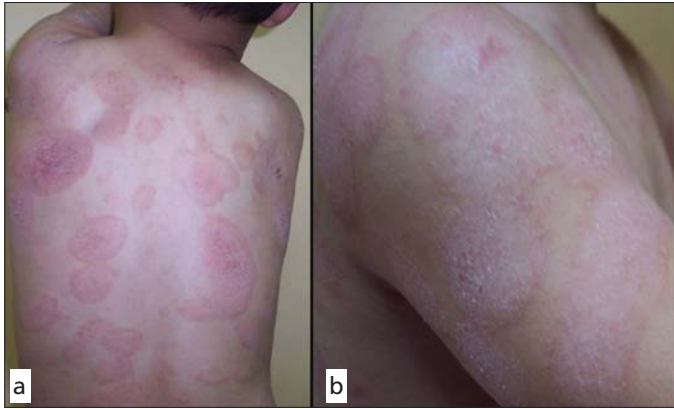
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Gülsüm Gençoğlan, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye Tel.: +90 236 23 23 133 E-posta: gencoglan75@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 04.12.2009 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.01.2010

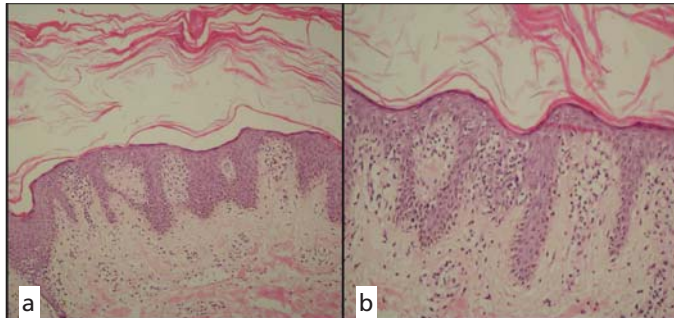
da gerileme olmamıştı. Ailesinde benzer özellikte lezyon öyküsü ya da başka bir deri hastalığı bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenesinde gövdenin tamamı ile ekstremitelerin proksimal kısımlarında 5-8 cm çaplarında iyi sınırlı, dairesel, pitriyazik skuamli plaklar mevcuttu (Resim 1a). Genel olarak lezyonların merkezi hipopigmente, periferi eritematöz görünümdeydi (Resim 1b). Hastanın deri fototipi III idi. Lezyondan alınan örneklerden yapılan KOH incelemede mantar elemanı saptanmadı, mantar kültüründe üreme olmadı. Rutin biyokimya ve hematolojik tetkikleri, akciğer grafisi ve batin ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastadan büyük plak parapsoriasis ve mikozis fungoides ön tanılarıyla alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde sadece orta derecede kompakt hiperkeratoz izlendi, granüler tabaka izlenmedi (Resim 2a). Spesifik histolojik bulgular izlenmemesi nedeniyle alınan ikinci biyopsi örneğinde de benzer bulgular gözlemlendi ve klinik olarak pitriyazis rotunda tanısı kondu. Çocukta kuruluk ve irritasyona neden olabilecek özellikle banyo ürünleri ile ilgili önerilerde bulunuldu ve topikal nemlendiriciler verildi. Beş hafta sonra hastanın lezyonlarının tamamen gerilemiş olduğu izlendi.

Olgu 2

On beş yaşında kadın hasta gövde ve kollarında 3 aydır bulunan asemptomatik kızarıklıklar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Ailesinde herhangi bir deri hastalığı ve benzer lezyon öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde deri fototipi III idi;



Resim 1. Olgu 1'in klinik görünümü



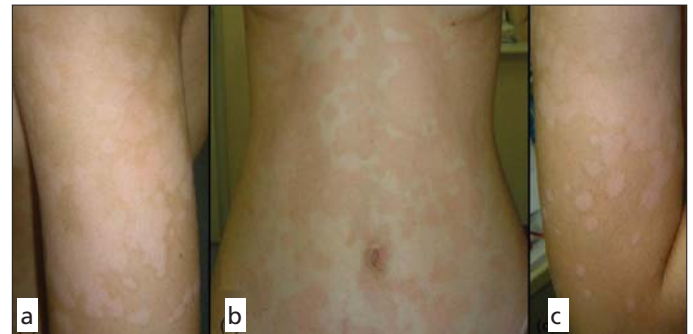
Resim 2. Ortokeratotik hiperkeratoz ve granüler tabakada inceleme, Hematoksilen-Eozin X10 (a), X40 (b)

gövde ön ve arka yüz ile üst ekstremiteler proksimaline lokalize 2-5 cm çaplarında iyi sınırlı eritemli, ince skuamli sirküler plaklar saptandı. Lezyonlar, komşuluğundaki deriden daha açık renkteydi (Resim 3). Genel sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Tam kan biyokimyası, tümör marker düzeyleri, hemogramı ve batin ultrasonografisi normal sınırlardaydı. PPD testi anerjik olan hastanın akciğer grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Direkt mikolojik incelemede fungal elemanlara rastlanmadı. Hastada pitriyazis rotunda düşünülürdü, benzer klinik özellikler sergileyebilecek diğer dermatozların ayırıcı tanısı için deri biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede granüler tabakada inceleme ve orta derecede hiperkeratoz dışında bulgu saptanmadı (Resim 2b). Klinik ve histopatolojik bulgular ışığında pitriyazis rotunda tanısı konulan hastaya yalnızca topikal emolient verildi. Bir ay sonra lezyonların iz bırakmaksızın gerilediği gözlemlendi.

Tartışma

PR, gövde ve ekstremitelerin proksimal kısmında yerleşen, keskin sınırlı, yuvarlak, kuru iktiyoziform skuamli yamalarla karakterize bir keratinizasyon hastalığıdır. Genellikle 25-45 yaşlar arasında görülmekle birlikte her yaşta ortaya çıkabilir. Her iki cinsten görülme oranı eşit olup ırksal dağılım özelliği bulunur. Beyaz ırkta çok nadirdir¹², Japonlar^{1,3,4}, siyah Afrikalılar^{8,9} ve Hintlilerde¹⁰ daha sık bildirilmektedir. Akdeniz'e kıyısı olan ülkelerde ve Avrupa'da çok az sayıda olgu bildirilirken, bir istisna olarak Sardunya adasından 100 den fazla olgu rapor edilmiştir^{6,7}. Lezyonlar beyaz ırkta hipopigmente iken, koyu tenli hastalarda hiperpigmente görünümündedir. Yapılan basılı materyal ve online veri taramasında ülkemizden bildirilen bir olguya rastlanmamıştır.

PR'nin etyolojisi bilinmemekle birlikte genetik predispozisyon, malnutrisyon, infeksiyonlarla ve malinite ile ilişkisi bildirilmiştir^{8,14}. Morfolojik olarak lezyonların yüzeysel yerleşimi ve eritemin periferde daha belirgin olması nedeniyle tinea korporis benzerlik gösterir, ancak yapılan tetkiklerde etken gösterilmemiştir¹⁰. Bazı hastalarda mevsimsel varyasyonlar bildirilmiştir; klinik süreç genellikle yaz boyunca düzelleme ve kış mevsiminde aktivasyon şeklindedir. Kış aylarında azalan ter ve yağ bezi aktivitesinin deri kuruluğunu belirginleştirmesi bu durumu açıklayabilir. Ailesel olgularda kalıtım paterni otozomal dominant gibi görünmektedir^{13,15}.



Resim 3. Olgu 2'nin klinik görünümü

PR'nın iki tipi tanımlanmıştır¹³. Tip I daha çok zenci ve Asyalılarda görülen, geç yaşlarda ve sıklıkla sistemik hastalık ya da malinite ile ilişkili (hepatit, tüberküloz, multipl miyelom, lösemi ve lenfomalar, HIV enfeksiyonu), ailesel olmayan ve lezyon sayısı 30'u aşmayan klinik formdur. Tip II daha çok 40 yaş altı beyazlarda görülür ve çok sayıda hipopigmente lezyonla (200 den fazla) karakterize olup sıklıkla aileseldir, herhangi bir hastalık ya da malinite ile ilişkili değildir^{7,13}. Olgularımızın fizik muayene ve tetkiklerinde sistemik hastalık, enfeksiyon ya da maliniteye ait bulgu saptanmadı, aile öyküsü de bulunmamaktaydı.

Hastalığın iki tipi arasında histopatolojik açıdan fark bulunmamaktadır. Çoğu hastada ortokeratotik hiperkeratoz mevcuttur, granüler tabaka ise incedir ya da yoktur. Bu bulgular iktiyozis vulgarisle benzerlik göstermekle birlikte tablonun akut olarak ortaya çıkması ve tipik klinik görünümle kolaylıkla ayırt edilebilir. Literatürde PR ile iktiyozis birlikteliği bildirilen olgular bulunmaktadır; ancak PR'da görülen kuru skuamli lezyonlar ve iki hastalığın benzer histopatolojik bulguları PR tablosunun iktiyozis olarak yanlış yorumlanmasına neden olmuş olabilir^{4,7,12}. Ayırıcı tanıda iktiyozis vulgarise ek olarak pitriyazis versikolor, parapsoriasis, pitriyazis alba, tinea korporis ve atopik dermatit de akılda tutulmalıdır^{10,16}.

PR da kesin bir tedavi yöntemi tanımlanmamıştır. Topikal kortikosteroidli kremler, antifungal ilaçlar, salisilik asid, topikal retinoidler tedavide pek yararlı olmazken, pek çok hastada sadece emolientle iyileşme bildirilmiştir¹⁷. Bazen lezyonlar tedavisiz kendiliğinden de gerileyebilir. Bizim olgularımızda da lezyonlar sadece emolient ile iyileşmiştir. Özellikle altta yatan hastalıkla tetiklenen olgularda sistemik hastalık tedavi edildiğinde spontan iyileşme görülebilmektedir¹³.

PR hala tam olarak anlaşılammış bir dermatozdur. Irklara göre klinik ve etiyolojik farklılıklar göstermektedir. Literatürde şimdiye kadar bildirilen tüm açık tenli hastalarda her-

hangi bir sistemik hastalıkla ilişki saptanmamıştır. Olgularımız ülkemizden bildirilen ilk olgulardır. Gelecekte bildirilecek olguların hastalığın coğrafik bölge, ırk dağılımı ile etyolojik faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Toyama T: Uber eine schuppemde, pigmentierte, kreiserunde Hautaffektion. Jpn Z Derm Urol 1906;6:2.
2. L'Henaff N, Combemale P: Pityriasis rotunda. Review of the literature. Ann Dermatol Venereol. 1993;120:305-9.
3. Hashimoto Y, Suga Y, Chikenji Tet al: Immunohistological characterization of a Japanese case of pityriasis rotunda. Br J Dermatol 2003;149:196-8.
4. Ikeda J, Oki M: Concurrent pityriasis rotunda and acquired ichthyosis with IgG myeloma. Br J Dermatol 1974;91:585-6.
5. Rubin MG, Mathes B: Pityriasis rotunda: two cases in black Americans. J Am Acad Dermatol. 1986;14:74-8.
6. Aste N, Pau M, Aste N, Biggio P: Pityriasis rotunda: a survey of 42 cases observed in Sardinia, Italy. Dermatology 1997;194:32-5.
7. Ena P, Cerimele D: Pityriasis rotunda in childhood. Pediatr Dermatol 2002;19:200-3.
8. Swift PJ, Saxe N: Pityriasis rotunda in South Africa-a skin disease caused by undernutrition. Clin Exp Dermatol 1985;10:407-12.
9. Gibbs S. Pityriasis rotunda in Tanzania. Br J Dermatol 1996; 135:491-2.
10. Gupta S. Pityriasis rotunda mimicking tinea cruris/corporis and erythrasma in an Indian patient. J Dermatol 2001;28:50-3.
11. Hasson I, Shah P. Pityriasis rotunda. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2003;69:50-1.
12. Segal R, Hodak E, Sandbank M. Pityriasis rotunda in a caucasian woman from the Mediterranean area. Clin Exp Dermatol 1989;14:325-7.
13. Grimalt R, Gelmetti C, Brusasco A, Tadini G, Caputo R: Pityriasis rotunda: report of a familial occurrence and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1994;31:866.
14. Leibowitz MR, Weiss R, Smith EH: Pityriasis rotunda. A cutaneous sign of malignant disease in two patients. Arch Dermatol 1983; 119:607-9.
15. Lodi A, Betti R, Chiarelli G et al: Familial pityriasis rotunda. Int J Dermatol 1990;29:483-5.
16. Ena P, Siddi GM: Pityriasis versicolor resembling pityriasis rotunda. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002;16:85-7.
17. Batra P, Cheung W, Meehan SA, Pomeranz M: Pityriasis rotunda. Dermatol Online J 2009;15:14.