



Diyabet ve skabiese eşlik eden bir reaktif perforan kollajenozis olgusu

A case of reactive perforating collagenosis accompanied by scabies and diabetes

● Gizem Yağcıoğlu, ● Ekin Şavk*, ● Meltem Uslu*, ● Neslihan Şendur*, ● Canten Tataroğlu**

Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı; **Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Öz

Reaktif perforan kollajenozis (RPK) hiperkeratotik papüller ve histopatolojik olarak yapısal değişikliğe uğramış kollajen liflerinin transepidermal eliminasyonu ile karakterizedir. Sıklıkla diabetes mellitus ve renal yetmezlik ile ilişkili bir hastalıktır. Yüzeysel deri travmasının hastalığı tetikleyici rol oynadığı düşünülmektedir. Bu makalede, 59 yaşında kadın, iki aydır kaşıntı ve kabuklu yara şikayetleri olan nadir bir olguyu sunduk. Skabies ve RPK tanısı konan hasta %5 permetrin ile tedavi edildi. Skabies tedavisi sonrasında RPK'nın semptom ve klinik bulguları başarılı bir şekilde kontrol edildi.

Anahtar Kelimeler: Reaktif perforan kollajenozis, skabies, dermoskopi, diabetes mellitus

Abstract

Reactive perforating collagenosis (RPC) is characterized by hyperkeratotic papules and histopathologically transepidermal elimination of structural altered collagen fibers. It is often associated with diabetes mellitus and renal failure. Superficial skin trauma is thought to play a role in triggering the disease. In this article, we present a rare case of a 59-year-old woman with complaint of itching and scabs for 2 months. The patient diagnosed with scabies and RPC treated with 5% permethrin. After scabies treatment, the symptoms and clinical findings of RPC were successfully checked.

Keywords: Reactive perforating collagenosis, scabies, dermoscopy, diabetes mellitus

Giriş

Reaktif perforan kollajenozis (RPK) hiperkeratotik papüller ve histopatolojik olarak yapısal değişikliğe uğramış kollajen liflerinin transepidermal eliminasyonu ile karakterize sıklıkla diabetes mellitus ve renal yetmezlik ile ilişkili nadir görülen bir hastalıktır. Çocuklarda görülen kalıtsal ve erişkinde görülen kazanılmış tip olmak üzere 2 tip olarak sınıflandırılır. Her iki tipte de yüzeysel deri travmasının hastalığı tetikleyici rol oynadığı düşünülmektedir¹.

Olgu Sunumu

Elli dokuz yaşında kadın hasta, 2 aydır gövde, kol ve bacaklarda şiddetli, özellikle geceleri artış gösteren kaşıntının olduğu kabuklu yaralar şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yalnız yaşayan hastanın ailesinde benzer şikayeti olan yoktu. On beş yıldır diabetes mellitus tanısı olan hasta oral antidiyabetik kullanıyordu.

Muayenede gövde ve ekstremitelerde çok sayıda 1-5 cm çaplarda, eritemli, merkezinde krutların olduğu, bazıları ülserle, umblike papül ve plaklar mevcuttu (Resim 1, 2). Ayak

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Gizem Yağcıoğlu, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 555 602 83 63 E-posta: gizemyagcioglu@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 11.05.2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.08.2019
ORCID: orcid.org/0000-0003-4936-9258

©Telif Hakkı 2020 Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
Türkderm - Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

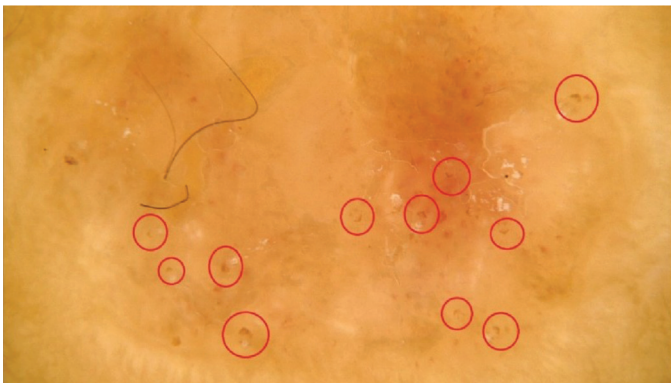
dorsumunda birkaç adet sillon görüldü. Dermoskopik incelemede, pek çok lezyonda 1-11 adet *Sarcoptes scabiei* akarı saptandı (Resim 3, 4). Histopatolojik incelemede hematoksilen-eozin boyamada üzerinde püstül ve krut bulunan deri dokusunda epidermis altındaki odaklarda seyrek eozinofil, lökosit de içeren mikst perivasküler ve interstisyel mononükleer hücre infiltrasyonu izlendi. Yüzeysel dermiste yüzeye dik



Resim 1. Çok sayıda 1-5 cm çaplarında, eritemli, merkezinde krutların olduğu, bazıları ülser, umblike papül ve plaklar



Resim 2. Gluteal alanda 1-5 cm çaplarında, eritemli, merkezinde krutların olduğu, bazıları ülser, umblike papül ve plaklar



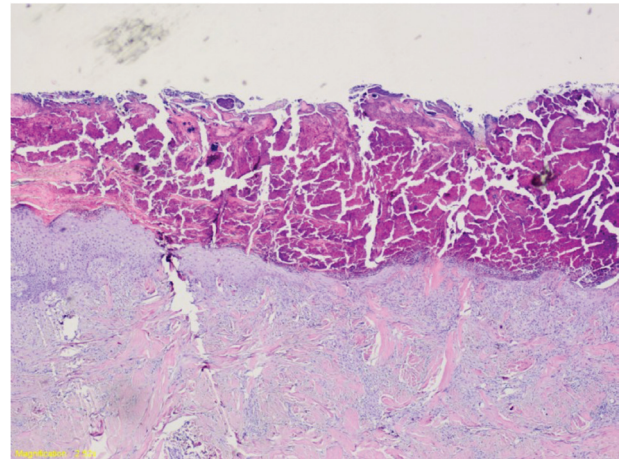
Resim 3. Büyütmeli dermoskopide delta kanatlı jet uçağı ya da planöre benzetilen, akarlarla uyumlu üçgen kahverengi yapılar (x40)

uzanan kollajen demetler ile epidermiste subkorneal alanda skabies akarı görüldü (Resim 5, 6). Histokimyasal Masson trikrom ile kollajen gösterildi.

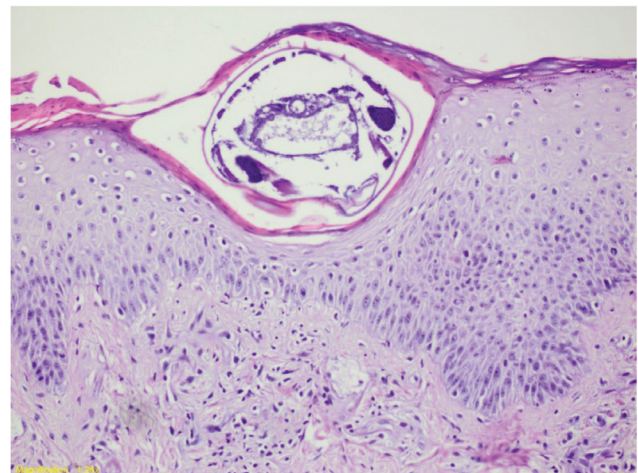
Klinik, histopatolojik ve dermoskopik bulgular ışığında skabies ve RPK tanısı konan hastaya on gün ara ile iki kez %5 permetrin losyon tedavisi uygulandı. Laboratuvar incelemesinde Hemoglobin A1c'nin (HbA1c)



Resim 4. Büyütmeli dermoskopide delta kanatlı jet uçağı ya da planöre benzetilen, akarlarla uyumlu üçgen kahverengi yapılar (x20)



Resim 5. Hematoksilen-eozin boyamada (x10) yüzeysel dermiste yüzeye dik uzanan kollajen demetler ve kollajen demet etrafında seyrek eozinofil, lökosit de içeren mikst perivasküler ve interstisyel mononükleer hücre infiltrasyonu



Resim 6. Hematoksilen-eozin boyamada (x40) epidermiste subkorneal yerleşimli skabies akarı

8,8 olması ve kan şekerinin regüle olmaması nedeniyle mevcut oral antidiyabetik tedavisine insülin eklendi.

Tedavi sonrası 10. günde semptomda belirgin, bulgulara hafif gerileme izlendi, dermoskopide akarlar uyumlu görüntünün kaybolduğu saptandı. Sonraki takiplerinde kaşıntısı tamamen geçen hastanın lezyonları da hafif deprese ve hipopigmente iz bırakarak geriledi.

Hasta onamı alınmıştır.

Tartışma

Yapısal değişikliğe uğramış kollajenin transepidermal eliminasyonu ile karakterize ve oldukça nadir görülen RPK'nin prevalans ve insidansı bilinmemektedir. Ancak 2007-2011 yılları arasında 5202 yatan hastanın olduğu dermatoloji kliniğinde 10 reaktif perforan dermatoz olgusu saptanmıştır. Diğer hastanelerin dermatoloji ünitesinde benzer sıklıklar bildirilmiştir^{1,2}.

RPK'nin patogenezinde genel kabul gören görüş, deride mikrotravmanın (kaşıntı, sürtünme, herpes zoster, böcek ısırığı, akne, abrazyon gibi) hastalığı tetiklediğidir. Mikrotravmada özellikle epidermal hasar önemlidir. Kaşıntının hemen hemen tüm RPK olgularında bulunması ve RPK ile ilişkili hastalıkların karakteristik özelliği olması bunu desteklemektedir¹. Mikrotravma ile oluşan epidermal reaksiyonu takiben dermal papillada kollajen liflerin nekrobiyozisi ve nekrobiyotik konnektif dokunun transepidermal eliminasyonu gerçekleşir. Bu süreçte enflamatuvar reaksiyon da eşlik eder³. Olgumuzda da lezyonlar skabiese bağlı şiddetli kaşıntıyı takiben oluşmuştur.

Gambichler ve ark.⁴ tarafından yapılan immünohistokimyasal bir çalışmada RPK hastalarında intralezyonel alanda transforme edici büyüme faktör beta-3 ve ekstrasellüler matriks proteinlerinin ekspresyonunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu da deri travmasına bağlı doku yenilenmesi ile ilişkili olarak ekstrasellüler matriksteki büyüme faktörü ve enzimlerin hastalığın patogenezindeki önemini göstermektedir.

Patogenezinde ek olarak, diyabete bağlı mikroanjyopati ve polimorf nüveli lökositlerin neden olduğu fokal doku nekrobiyozisi yer alır. Mikroanjyopatiye bağlı bölgedeki zayıf kan akımı ve mikrotravmanın etkisi ile dermal nekrozun meydana geldiği ve nekrotik dermal materyalin epidermis yoluyla atıldığı düşünülmektedir⁵. Hastamızda da kontrolsüz kan şekeri düzeyleri ve yüksek HbA1c varlığı mikroanjyopati olasılığını düşündürmektedir. Parçalanmış polimorf nüveli lökositlerden açığa çıkan enzimlerin transepidermal eliminasyon işlemini başlatmada tetikleyici rol oynadığı ileri sürülmektedir⁶.

RPK'ye genellikle çeşitli sistemik hastalıklar eşlik etmektedir, en sık eşlik eden hastalıklarsa diyabet ve renal yetmezliktir. RPK hastalarında görülen renal yetmezliğin en sık sebebi de diyabet olarak bildirilmiştir². Literatürde^{4,7-10} skabiesin eşlik ettiği RPK'ya dair 5 yayındaki toplam olgu sayısı 13'tür, ancak 17 RPK hastasının sunulduğu bir seride %41 hastada skabies varlığı ilgi çekicidir⁴. Skabiesli RPK hastalarının tamamında diyabet ve/veya renal yetmezliğin hastalığa eşlik ettiği görülmüştür^{4,7-10}. Bizim hastamızda skabies ve diyabet RPK'ye eşlik etmektedir.

RPK'de dermatolojik tedavinin başarısını sağlayabilmek için altta yatan sistemik hastalığın tedavisi oldukça önemlidir. Tedavideki ilk amaç kaşıntıyı tedavi etmek olmalıdır. RPK'de standart tedavi uygulaması veya kılavuz yoktur. Az sayıda olgu ve olgu serilerinde bildirilmiş tedavi seçenekleri vardır. Allopurinol, antihistaminik, topikal steroid, asitretin, sistemik steroid, darbant ultraviyole B ve doksisisiklin bu tedavi seçenekleri arasında sayılabilir¹¹. Hastamızda kan şekeri regülasyonu ve %5 permetrin tedavisi sonrasında kaşıntı ve lezyonlarda tamamen gerileme olmuş ve ek tedaviye gerek kalmamıştır. Kurschat ve ark.⁹ ile Hinrichs ve

ark.⁷ tarafından bildirilen 5 olguda standart skabies tedavisi sonrasında kaşıntı gerilerken, Brinkmeier ve ark.⁸ tarafından bildirilen 1 olguda standart skabies tedavisine ek olarak kaşıntı kontrolü için tedaviye topikal steroid, oral antihistaminik, düşük doz ultraviyole tedavileri eklenmiştir. Lezyonların devam etmesi nedeniyle hastaya başlanan 14 günlük doksisisiklin 50 mg, günde iki kez tedavisi sonrasında lezyonların tamamen gerilediği gözlenmiştir. Tetrasiklinlerin lökosit fonksiyonlarını ve diyabet hastalarında artan matriks metalloproteinazı inhibe ettiği bilinmektedir. RPK'de de lökosit fonksiyon bozukluğu patogenezinde sorumlu tutulduğundan, tetrasiklinlerin bu mekanizma ile etki gösterdiği düşünülmektedir.

Olgumuz RPK'de skabiesin az sayıda bildirilmesi nedeniyle paylaşılmaya değer bulunmuştur. Şiddetli kaşıntının olduğu RPK'li olgularda skabies akıldan tutulmalı ve hasta buna yönelik dikkatlice araştırılmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Hasta onamı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: G.Y., E.Ş., M.U., N.Ş., C.T., Konsept: G.Y., E.Ş., Dizayn: G.Y., E.Ş., Veri Toplama veya İşleme: G.Y., M.U., Analiz veya Yorumlama: G.Y., E.Ş., Literatür Arama: G.Y., Yazan: G.Y.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Wagner G, Sachse MM: Acquired reactive perforating dermatosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;723:9-30.
2. Saray Y, Seçkin D, Bilezikçi B: Acquired perforating dermatosis: clinicopathological features in twenty-two cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:679-88.
3. Yanagihara M, Fujita T, Shirasaki A, Ishiguro K, Kawahara K, Ueda K: The pathogenesis of the transepithelial elimination of the collagen bundles in acquired reactive perforating collagenosis. A light and electron microscopical study. *J Cutan Pathol* 1996;23:398-403.
4. Gambichler T, Birkner L, Stücker M, Othlinghaus N, Altmeyer P, Kreuter A: Up regulation of transforming growth factor-beta3 and extracellular matrix proteins in acquired reactive perforating collagenosis. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:463-9.
5. Hong SB, Park JH, Ihm CG, Kim NI: Acquired perforating dermatosis in patients with chronic renal failure and diabetes mellitus. *J Korean Med Sci* 2004;19:283-8.
6. Zelger B, Hintner H, Auböck J, Fritsch PO: Acquired perforating dermatosis: Transepidermal elimination of DNA material and possible role of leukocytes in pathogenesis. *Arch Dermatol* 1991;127:695-700.
7. Hinrichs W, Breuckmann F, Altmeyer P, Kreuter A: Acquired perforating dermatosis: a report on 4 cases associated with scabies infection. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:665-7.
8. Brinkmeier T, Herbst RA, Frosch PJ: Reactive perforating collagenosis associated with scabies in a diabetic. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:588-90.
9. Kurschat P, Kröger A, Scharffetter K, Hunzelmann N: Acquired reactive perforating collagenosis triggered by scabies infection. *Acta Derm Venereol* 2000;80:384-5.
10. Ikezaki E, Sugita K, Kabashima K, Tokura Y: Scabies induced acquired reactive perforating collagenosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:120-1.
11. García-Malinis AJ, Del Valle Sánchez E, Sánchez-Salas MP, Del Prado E, Coscojuela C, Gilaberte Y: Acquired perforating dermatosis: clinicopathological study of 31 cases, emphasizing pathogenesis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:1757-63.