



Asitretinle tedavi edilen bir Gougerot-Carteaud sendromu: Olgu sunumu

Gougerot-Carteaud syndrome treated with acitretin: A case report

Betül Demir, Sultan Açar, Özge Sevil Karstarlı, Demet Çiçek, Özlem Üçer*

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, *Patoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Öz

Gougerot-Carteaud sendromu (GCS) genç erişkinlerde boyun, üst gövde, aksilla gibi bölgelerde birbiri ile birleşmeye meyilli, retiküler, pigmente plaklarla karakterize nadir bir dermatozdur. Yirmi yaşında erkek hasta gövdesinde ve sırtında kahverengi renk değişikliği ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde endokrinolojik bir hastalığı olmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde gövde ön ve arka yüzde, boyun bölgesinde hiperpigmente retiküler, verüköz papül ve plaklar mevcuttu. Potasyum hidroksit incelemede mantar elemanlarına rastlanmadı. Histopatolojide sepetisi hiperkeratoz, papillomatoz, hafif akantoz, bazal tabakada hiperpigmentasyon tespit edildi. 100 mg/gün minosiklin tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında klinik yanıt alınamaması nedeni ile minosiklin tedavisi sonlandırıldı ve 30 mg/gün asitretin tedavisi başlandı. Tedaviye başladıktan 1 ay sonra lezyonların hafif hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği tespit edildi. Biz burada minosikline klinik yanıtızsızlık nedeniyle asitretin tedavisi başlanan ve kısa sürede başarılı sonuç alınan bir GCS olgusu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Gougerot-Carteaud sendromu, konfluent retiküler papillomatozis, asitretin

Abstract

Gougerot-Carteaud syndrome (GCS) is a rarely seen dermatosis characterized by reticular and pigmented plaques with a tendency to merge with each other in areas such as the neck, upper body, and axilla in young adults. A 20-year-old male patient presented to the dermatology outpatient clinic with the complaints of itching and brown patches affecting the trunk, back and the neck. He had no endocrine diseases and used no drugs. Dermatological examination revealed reticulated, hyperpigmented, verrucous papules and plaques on the anterior surface of his trunk, upper back, and neck region. No fungal elements were encountered in the potassium hydroxide examination. Histopathologically, basket-like hyperkeratosis, papillomatosis, mild acanthosis, and hyperpigmentation in the basal layer were detected. Minocycline treatment was initiated at a dose of 100 mg/daily. At the three-month follow-up visit, minocycline treatment was terminated due to lack of clinical response, and 30 mg/day acitretin treatment was initiated. The lesions showed marked improvement except for a slight hyperpigmentation in the first month of the treatment. We report here a case of GCS in which acitretin was started due to clinical unresponsiveness to minocycline treatment and, substantially, a favorable result was obtained in a short time.

Keywords: Gougerot-Carteaud syndrome, confluent and reticulated papillomatosis, acitretin

Giriş

Gougerot-Carteaud sendromu (GCS); konfluent retiküler papillomatozis olarak da bilinir. Genç erişkinlerde boyun, üst gövde, aksilla gibi bölgelerde birbiri ile birleşmeye meyilli, retiküler ve hiperpigmente plaklarla karakterize

nadir görülen bir dermatozdur¹. Hastalığın *malassezia furfur*, *staphylococcus* veya *propionibacterium acnes*'e karşı gelişen anormal bir konakçı yanıtı olduğu düşünülmüştür. Diğer taraftan obezite, tip 2 diyabet, hirsutismus, Cushing sendromu, menstruel disfonksiyon, vitamin A eksikliği, genetik yatkınlık, fotosensitivite, kutanöz amiloidoz ve

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Betül Demir, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
Tel.: +90 507 340 35 04 E-posta: drbkaraca@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 22.03.2016 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.06.2016

Bu çalışma 3-6 Eylül 2015 tarihinde Eskişehir'de düzenlenen 4. DOD Dermatoloji Gündemi'nde PS-10 poster numarası ile sunulmuştur.

©Telif Hakkı 2017 Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

keratinizasyon bozukluğu üzerinde durulmuştur^{2,3}. Lezyonlar akantozis nigrikans (AN) ile benzerlik göstermektedir. AN'li hastaların obez olması, lezyonlarının fleksural alanlarda yerleşme eğilimi, histopatolojik olarak da akantoz ve papillomatozun belirgin olması ile ayırım yapılabilir⁴. Minosiklin antimikrobiyal ve anti-enflamatuvar aktivitesinden dolayı GCS tedavisinde etkili bulunmuştur^{5,6}. Ayrıca tedavide isotretinoin ve asitretin kullanılabilirliği de bildirilmiştir. Diğer taraftan bakteriyel ajanlara duyarlılıktan bahsedildiği için azitromisin, fusidik asit, klaritromisin ve eritromisin de tedavi ajanları arasındadır⁷. Biz minosiklin tedavisine klinik yanıt vermeyen ve asitretin tedavisi ile iyileşen bir GCS olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Yirmi yaşında erkek hasta gövdesinde ve sırtında kahverengi renk değişikliği ve kaşıntı şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Şikayetlerinin 6 aydır olduğu, özgeçmişinde endokrinolojik bir hastalığı olmadığı ve herhangi bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde de bir özellik yoktu. Hastanın dermatolojik muayenesinde gövde ön yüz, sırt üst kısım ve boyun bölgesinde hiperpigmente retiküler, verüköz papül ve plaklar mevcuttu (Resim 1a, 1b). Laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Lezyonlardan yapılan potasyum hidroksit incelemesinde mantar elemanlarına rastlanmadı. Histopatolojik olarak sepsi hiperkeratoz, papillomatoz, hafif akantoz, bazal tabakada hiperpigmentasyon, hafif perivasküler ve kronik iltihabi infiltrasyon tespit edildi (Resim 2). Hastaya klinik ve histopatolojik bulguları doğrultusunda GCS tanısı kondu ve 100 mg/gün minosiklin tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında klinik yanıt alınamaması nedeni ile minosiklin tedavisi sonlandırıldı ve 30 mg/gün asitretin tedavisi başlandı. Tedaviye başladıktan 1 ay sonra lezyonların hafif hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği tespit edildi (Resim 3a, 3b).

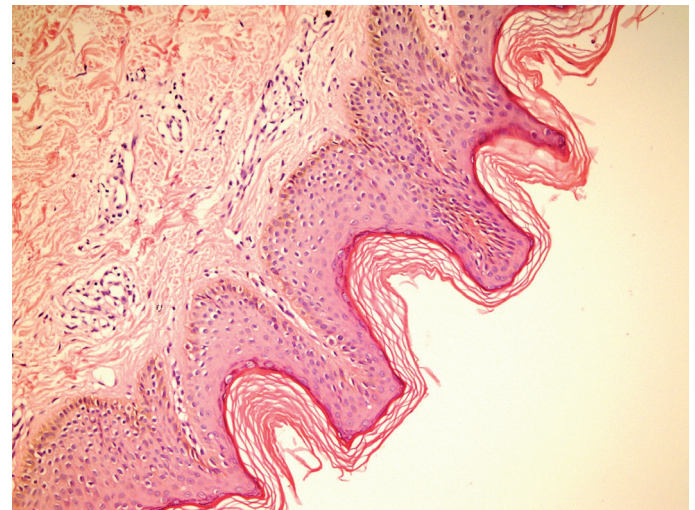
Tartışma

Hastalığın etiolojisinde pek çok faktör suçlanmış ve dolayısıyla çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Literatürde özellikle minosiklin kullanımının etkinliği üzerinde durulmuştur. Davis ve ark.⁸ retrospektif çalışmalarında 39 GCS'li hastayı başlanan tedavilere göre gruplara ayırmışlar ve hastaların 22'sine minosiklin tedavisi başlandığını ve minosiklin başlanan hastaların %78'inde tam rezolüsyon olduğunu tespit etmişlerdir. Diğer tedavilerin ise antifungal ajanlar, isotretinoin ve topikal tretinoin ve topikal salisilik asit olduğunu, bu tedavilere yanıtın çok daha az olduğunu ve 2 yıl içinde spontan rezolüsyonun da tespit edildiğini bildirmişlerdir. Ancak bizim hastamızda 3 aylık minosiklin tedavisi ile klinik yanıt alınamadı. Hastalığın histopatolojik görüntüsünde papillomatoz, akantoz ve hiperkeratoz olması, vitamin A eksikliği ve keratinizasyon defekti ile ilişkilendirilmiş olması tedavisinde retinoik asitlerin kullanımını gündeme getirmiştir. Nitekim Lee ve ark.⁹ hastalığın fungal bir enfeksiyondan ziyade keratinizasyon bozukluğu olduğunu düşünmüş ve yüksek doz retinoik asit ile tedavi ettikleri bir olgu bildirmişlerdir. Bizim hastamızın tedavisine asitretin 30 mg/gün ile başlandı. Tedavinin 1. ayında sırt ve göğüs ön yüzündeki lezyonlarının iyileştiği tespit edildi. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Carlin ve ark.¹⁰ 15 yaşında GCS'li erkek hastalarında 6 aylık minosiklin tedavisine yanıt alamadıkları için 1 mg/kg sistemik isotretinoin tedavisi başlamışlar ve 4 ay sonra klinik yanıtın mükemmel olduğunu bildirmişlerdir. Topikal

retinoik asitler de tedavide başarılı bulunmuştur¹¹. Topikal tedavide kullanılabilir diğer ajanlar ketakonazol, tazoretin, tacalcitol ve kalsipotrioldür⁷. GCS ön tanısı ile biyopsi alındıktan sonra biyopsi yerine topikal antibiyotik (mupirosin) tedavisi verilen bir hastanın ilacı yanlışlıkla tüm lezyonlarına sürmesinden 1 ay sonra lezyonlarının



Resim 1. a, b) Gövde ön yüzünde, sırt üst kısım ve boyun bölgesinde hiperpigmente retiküler desende, verüköz papül ve plaklar



Resim 2. Sepsi hiperkeratoz, papillomatoz, hafif akantoz, bazal tabakada hiperpigmentasyon, hafif perivasküler ve kronik iltihabi infiltrasyon (hematoksilen&ezoin x200)



Resim 3. a, b) Tedaviden sonra gövde ön yüz, sırt üst kısım ve boyun bölgesinde hafif hiperpigmentasyon

iyileştiği tespit edilmiştir¹². Literatürdeki ilginç bir rapor Terra firmamforme dermatozundaki gibi lezyonların %70'lik etil alkol ile silinerek temizlenebildiğinin belirtilmiş olmasıdır¹³. Son zamanlarda epidermal proliferasyon ve keratinosit diferansiyasyonunu modifiye edebilme kapasitesinden dolayı topikal takrolimusun yeni bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmüştür¹⁴. Bizim hastamızda herhangi bir topikal tedavi kullanılmadı.

Sonuç olarak bizim hastamızda minosiklin tedavisine klinik yanıtızsızlık nedeniyle asitretin tedavisi başlandı ve 1 ay gibi kısa süre içinde oldukça başarılı sonuç alındı.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.A., Ö.S.K., Konsept: B.D., Dizayn: B.D., D.Ç., Veri Toplama veya İşleme: S.A., Ö.S.K., Ö.Ü., Analiz veya Yorumlama: B.D., Literatür Arama: B.D., Yazan: B.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Pedrosa AF, Lisboa C, Goncalves Rodrigues A: Malassezia infections: a medical conundrum. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:170-6.
2. Cockerell CJ, Larsen F: Confluent and Reticulated Papillomatosis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2th ed. New York: Mosby; 2008.p.1677-8.
3. Ferreira LM, Diniz LM, Ferreira CJM: Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud: report of three cases. *An Bras Dermatol* 2009;84:78-81.
4. Park YJ, Kang HY, Lee ES, Kim YC: Differentiating confluent and reticulated papillomatosis from acanthosis nigricans. *J Cutan Pathol* 2015.
5. Hudacek KD, Haque MS, Hochberg AL, Cusack CA, Chung CL: An unusual variant of confluent and reticulated papillomatosis masquerading as tinea versicolor. *Arch Dermatol* 2012;148:505-8.
6. Kim JS, Paek JO, Kang HS, Yu HJ: Familial confluent and reticulate papillomatosis successfully treated with minocycline. *Cutis* 2014;93:199-203.
7. Scheinfeld N: Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:305-13.
8. Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ: Confluent and reticulate papillomatosis (Gougerot-Carteaud syndrome): a minocycline-responsive dermatosis without evidence for yeast in pathogenesis. A study of 39 patients and a proposal of diagnostic criteria. *Br J Dermatol* 2006;154:287-93.
9. Lee MP, Stiller MJ, McClain SA, Shupack JL, Cohen DE: Confluent and reticulated papillomatosis: response to high-dose oral isotretinoin therapy and reassessment of epidemiologic data. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:327-31.
10. Carlin N, Marcus L, Carlin R: Gougerot-Carteaud Syndrome Treated with 13-cis-retinoic Acid. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010;3:56-7.
11. Schwartzberg JB, Schwartzberg HA: Response of confluent and reticulate papillomatosis of Gougerot and Carteaud to topical tretinoin. *Cutis* 2000;66:291-3.
12. Gönül M, Cakmak SK, Soylu S, Kiliç A, Gül U, Ergül G: Successful treatment of confluent and reticulated papillomatosis with topical mupirocin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:1140-2.
13. Berk D: Confluent and reticulated papillomatosis response to 70% alcohol swabbing. *Arch Dermatol* 2011;147:247-8.
14. Tirado-Sánchez A, Ponce-Olivera RM: Tacrolimus in confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot Carteaud. *Int J Dermatol* 2013;52:513-4.