

Tanınız nedir 2?

What is your diagnosis 2?

Müzeyyen Gönül, Seray Külcü Çakmak, Esra Özhamam*

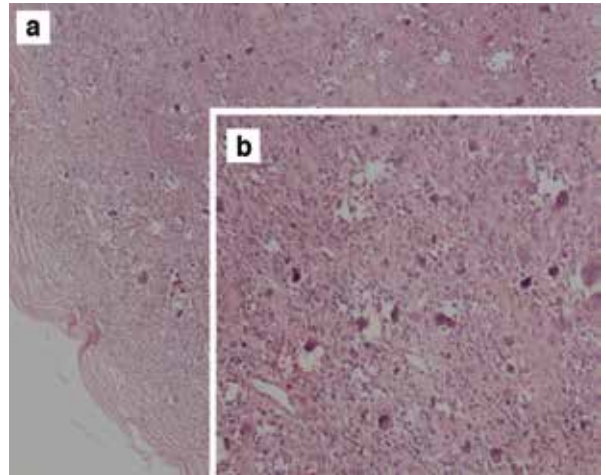
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, *Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Otuz dört yaşında erkek hasta polikliniğimize ayak parmağında şişlik şikayeti ile geldi. Şişliğin 2 yıl önce başladığı ve giderek büyüdüğü öğrenildi. Hastanın muayenesinde sol ayak 4. parmak dorsalinde 5x2,5x1,5 cm boyutlarında deri renginde, keskin sınırlı, palpasyonla sert olarak hissedilen tümöral lezyon saptandı (Resim 1). Hasta travma öyküsü vermiyordu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Rutin laboratuvar testleri normaldi. İki yönlü ayak grafisinde kemik yapıların normal olduğu, sol ayak 4. parmakta lokalize yumuşak dokuya ait şişlik saptandı. Hasta ayakkabı giyemediğini ve yürümesini zorlaştırdığını ifade etmesi üzerine total eksizyonel biyopsisine karar verildi. Lezyonun histopatolojik incelemesinde abondan eozinofilik stoplazmalı histiositler, fibroblastlar, kollajen hiperplazisi, multinükleer dev hücreler ve köpük hücreleri izlendi (Resim 2 a, b).

Tanınız Nedir?



Resim 1. Sol ayak 4. parmak dorsalindeki deri renginde, keskin sınırlı, palpasyonla sert olarak hissedilen tümöral lezyon



Resim 2. a) Abondan eozinofilik stoplazmalı histiositler, fibroblastlar, kollajen hiperplazisi, multinükleer dev hücreler ve köpük hücreleri, b) Lezyonun yakın görüntüsü

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Müzeyyen Gönül, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 532 666 72 49 E-posta: muzeyyengonul@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 25.01.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.01.2013

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

Bir önceki sayıda yer alan olgunun tanısı

Tanı: Anjiyoma Serpiginozum

Anjiyoma Serpiginozum (AS) nadir görülen papiller dermiste kapiller dilatasyon ve proliferasyonların izlendiği vasküler nevoid bir hastalıktır. Kliniğinde asemptomatik, serpinjinöz, gruplaşan, kırmızıdan mora değişen renklerde noktasal maküller görülmesi karakteristiktir. AS'ın patogenezi bilinmiyor. Patogeneizde östrojen düzeyinin artışının ve uzun süreli soğuk maruziyetinin rolü olabileceği düşünülmekle birlikte bazı olgularda bu iki durum da tespit edilmemiştir^{1,4}. Bizim hastamızda hormon replasmanı, gebelik veya uzun süre soğuk teması öyküsü yoktu.

Genelde kadınlarda sıklıkla alt ekstremiteler ve kalçalarda yerleşir. Herhangi bir yaşta ve her iki cinsiyette görülebilir. Genellikle 20 yaş altında başlangıç gösterir, ancak erişkin yaşlarda da başlangıç olabilir. Çoğunlukla sporadiktir ancak otozomal dominant kalıtım da bildirilmiştir^{1,3}. Üst ekstremiteler, gövde, ayak ve ayak tabanı gibi herhangi bir vücut alanında sınırlı olabileceği gibi yaygın tutulum da görülebilir. Sıklıkla tek taraflıdır ancak bilateral yerleşim, Blascko çizgilerini izleyen lineer tutulum da izlenebilir^{1,3,5}. Olgumuz yaş ve cinsiyet açısından literatürle uyumluydu.

Lezyonlara diyaskopi yapıldığında kaybolmaz^{1,3,5}. Tanıda kullanılacak diğer bir yöntem dermatoskopidir ve önemli bilgi sağlar. Dermatoskopide kırmızı lakünler görülür⁵. Histopatolojisinde papiller dermiste tek veya yaygın grube dilate kapillerler izlenir. İnflamatuvar birikim, eritrosit diapedezi veya hemosiderin pigmentasyonu olmaz^{1,2}. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar basit purpura, pigmente purpurik dermatoz, Henoch-Schönlein vaskülit, unilateral nevoid telenjektazi, nevüs flammeus, anjiokeratoma korporis diffizum, anjiokeratoma sirkumkriptum neviforme, jeneralize veya progresif esansiyel telenjektazi ve kaposi sarkomudur^{1,2,5}.

Benin bir durum olması ve semptomsuz olması nedeniyle tedavi şart değildir, kozmetik nedenlerle tedavi edilebilir. Tedavide pulse dye lazer başarılıdır^{1,5}. Bizim olgumuz daha önce vaskülit şüphesi ile takip edilmişti. Bu olguyu nadir görülmesi, vaskülitte karıştırılabilmesi ve gereksiz laboratuvar tetkikleri yapılabilmesi nedeni ile AS tanısını hatırlatmak amacıyla sunuyoruz.

Konsept: Müzeyyen Gönül, Seray Çakmak, **Dizayn:** Müzeyyen Gönül, **Veri Toplama veya İşleme:** Ülker Gül, Sezer Kulaçoğlu,

Analiz veya Yorumlama: Emine Ünal, **Literatür Arama:** Derya Yayla, Işıl Deniz Oğuz, **Yazan:** Emine Ünal, **Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir, **Finansal Destek:** Yazarların finansal desteği yoktur.

Kaynaklar

1. Chen JH, Wang KH, Hu CH, Chiu JS: Atypical angioma serpiginosum. Yonsei Med J 2008;49:509-13.
2. Namazi MR, Handjani F: Angioma serpiginosum. Dermatol Online J 2003;9: 19.
3. Bayramgürler D, Filinte D, Kiran R: Angioma serpiginosum with sole involvement. Eur J Dermatol 2008;18:708-9.
4. Erkek E, Bozdoğan O, Akarsu C, Atasoy P, Koçak M: Absence of estrogen and progesterone receptors around the affected vessels of angioma serpiginosum: case report. Am J Clin Dermatol 2006;7:383-6.
5. İlknur T, Fetil E, Akarsu S, Altın D, Ulukuş Ç, Güneş A: Angioma serpiginosum: dermoscopy for diagnosis, pulsed dye laser for treatment. J Dermatol 2006;33:252-5.