

Rozaseli Bir Hastada Persistan Ödem

Kübra Eren Bozdağ, Ahmet Karaman

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Özet

Rozase tipik olarak yüzün konveks bölümlerini tutan, papül, püstül, eritem ve telenjektazilerle karakterize kronik inflamatuvar bir erüpsiyondur. Rozaseye bağlı lenfödem rozasenin nadir görülen ve görünümü bozan bir varyantıdır. Bu semptom diğer dermatozlarla karıştırılabilir ve klasik rozase sağaltımına dirençli olabilir. Persistan ödem gelişen bir rozase olgusunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Rozase, persistan ödem

Bozdağ KE, Karaman A. Rozaseli bir hastada persistan ödem. TÜRKDERM 2003; 37: 52-53

Summary

Rosacea is a chronic inflammatory eruption typically affecting the convexities of the face and characterized by papules, pustules, erythema and telangiectasia. Rosaceous lymphedema is a rare and disfiguring variant of rosacea. This symptom may be confused with other dermatoses and may be refractory to conventional treatments for rosacea. Here we present a rosacea patient with persistent edema.

Key Words: Rosacea, persistent edema

Bozdağ KE, Karaman A. Persistent edema in a patient with rosacea. TÜRKDERM 2003; 37: 52-53

Rozase özellikle yüzün orta kısmında simetrik papül, püstül, eritem ve telenjektazilerle karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. En sık burun, yanaklar, çene, alın ve glabellada yerleşir. Karakteristik klinik evreleri dışında persistan ödem, lupoid/granulomatöz rozase, oftalmik rozase, steroid rozase, gram negatif rozase, rozase konglobata, rozase fulminans ve pyoderma fasiale gibi tipleri de vardır¹⁻³.

Olgu

Kırkaltı yaşında kadın hasta yüzündeki şişlik, kızarıklık, yanma hissi ve sivilceler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları 4 yıldır devam eden olgu, şiddetlenme ve düzelme dönemleri tanımlıyor, ancak yüzündeki şişliğin iki yıldır sürekli olduğunu belirtiyordu. Olguya değişik zamanlarda kontakt dermatit, anjioödem ve rozase tanılarıyla değişik sağaltımlar (oral antihistaminik, topikal steroidli krem ve topikal metronidazol içeren krem) uygulanmış, kızarıklık ve sivilcelerde azalma olmasına karşın, şişlikte değişiklik olmamıştı.

Olgunun dermatolojik bakışında özellikle alın, yanaklar ve burun üstünde daha yoğun olmak üzere tüm yüzde eritem, telenjektaziler, papül ve püstüller, alın, periorbital bölge ve yanaklarda belirgin, simetrik, gode bırakmayan ödem vardı (Şekil 1). Diğer dermatolojik ve fizik bulguları olağandı.

Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, total biyokimya testleri normaldi. Yanaktan alınan deri biopsisinde olağan epidermis altında papiller dermada telenjektazik damarlar, perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı ve rozase ile uyumlu olarak değerlendirildi (Şekil 2). Sistemik doksisisiklin (100mg/gün) ile sağaltıma başlanan hasta izleme alındı.

Tartışma

Rozase birçok klinik tipi olan sık görülen bir dermatozdur. Genellikle 40-50 yaşlarında ve kadınlarda daha sık görülmektedir¹⁻⁴. Etyolojisi tam bilinmemekle beraber diyet, psikolojik faktörler, ilaçlar, infeksiyonlar, iklim, immunolojik faktörler, vazomotor labilite ve gastrointestinal bozukluklar gibi değişik faktörler üzerinde durulmaktadır¹⁻³.

Alındığı Tarih: 19.07.2001 Kabul Tarihi: 24.05.2002

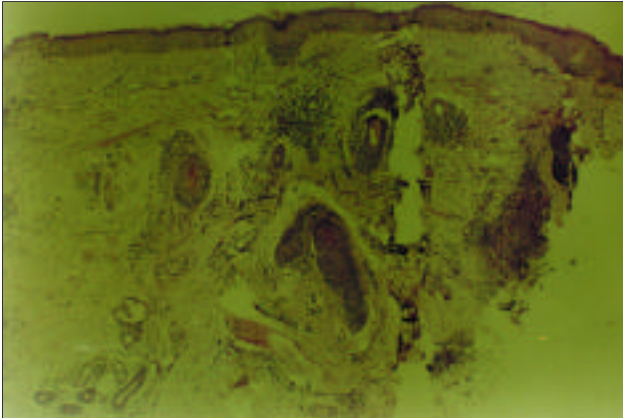
Yazışma Adresi: Uzm.Dr. Kübra Eren Bozdağ, Mithatpaşa Cad. No: 388/7, 35280- Asansör-İzmir

Rozasede persistan ödem nadir görülen ve tanısal zorluğa neden olan bir tiptir¹⁻⁵. Başlıca alın, glabella, burun ve yanaklarda progresif sert bir ödem bulunur. Eşlik eden eritem ve telenjektazilerin derecesi değişkendir. Ödem bazen başlangıç bulgusu da olabilir⁶. Kronik dermal inflamasyonun lenfatik hasara neden olarak progresif lenfödemle sonuçlanabileceği öne sürülmektedir. Bu alışılmadık belirti başka tanılar konmasına ve uygun sağaltımın gecikmesine neden olabilir^{3,6}.

Ayrırcı tanıda anjioödem, erizipel, sistemik lupus eritematozus, miksödem, superior vena cava obstrüksiyonu ve kontakt dermatit akla gelmelidir^{4,5}. Bizim olgumuz da daha önce kontakt dermatit ve anjioödem tanılarıyla oral antihistaminik ve topikal steroidli krem sağaltımı almıştı. Ayrıca benzer şekilde bir ödem akne vulgarisin bir



Şekil 1: Yüzde eritem, papül, püstül, telenjektaziler ve alın, periorbital bölge ve yanaklarda simetrik ödem.



Şekil 2 : Papiller dermada telenjektazik damarlar ve perivas-küler lenfositik infiltrasyon (H&E x40).

komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilmekte, komedonların çok sayıda olup, telenjektazilerin olmaması ile ayrırcı tanyaya gidilebilmektedir^{4,7}.

Kronik seyir ve konvansiyonel rozase sağaltımına direnç hastalığın karakteristik özelliğidir^{4,8}. Rozasede kullanılan sistemik antibiyotikler de lenfödemin seyrini etkilememektedir^{3,4}. Bu olgularda isotretinoin kullanımının yararlı olabileceğini bildiren yayınlar vardır^{4,9,10}. Klasik rozasea sağaltımına yanıt alınmayan 13 olgu ile yapılan bir çalışmada, 2 haftada %50, 8 haftada ise %95 gerileme sağlandığı, isotretinoinin papülopüstüller, nodüller, hemorajik abselerin yanı sıra inflamatuvar plaklar ve fasyal ödemde de belirgin düzelme sağladığı bildirilmiştir⁹. Sıklıkla 0.5-1.0 mg/kg dozda kullanımına karşın, 10 mg/gün kullanılarak yapılan 18 olgulu bir çalışmada, düşük dozla da istatistiksel olarak anlamlı düzelme sağlandığı bildirilmiştir¹¹. Olgumuzda sistemik doksisisiklin sağaltımının 3. haftasında yapılan kontrolde papül ve püstüllerde hafif düzelme izlenirken, lenfödemde gerileme saptanmadı. Hasta halen izlemde olup, doksisisiklin sağaltımının üç aya tamamlanması, yeterli yanıt alınmazsa isotretinoin sağaltımına geçilmesi planlandı.

Kaynaklar

1. Plewig G: Rosacea. Dermatology in General Medicine'de. Ed. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. 4.baskı. New York, McGraw-Hill, Inc. 1993; 727-735.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: Dermatology. 2. Baskı. Berlin. Springer-Verlag, 2000; 1071-1076.
3. Utaş S, Özcan H: Rozase etyolojisi, kliniği ve tedavisindeki yenilikler. TÜRKDERM 1998; 32: 195-200.
4. Scerri L, Saihan EM: Persistent swelling in a patient with rosacea. Rosacea lymphedema. Arch Dermatol 1995; 131:1071-4.
5. Harvey DT, Fenske NA, Glass LF: Rosaceous lymhedema: a rare variant of a common disorder. Cutis 1988; 61: 321-4.
6. Chen DM, Crosby DL: Periorbital edema as an initial presentation of rosacea. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 346-8.
7. Aydemir EH, Kutlar M: Akne vulgarise bağlı fasyal ödem. TÜRKDERM 1995; 29: 46-47.
8. Hölzle E, Jansen T, Plewig G: Morbihan disease-chronic persistent erythema and edema of the face. Hautarzt 1995; 46: 796-8.
9. Nikolowski J, Plewig G: Oral treatment of rosacea with 13-cis-retinoic acid. Hautarzt 1981; 32: 575-84.
10. Mahrle G, Bauermeister-Jasso K, Enderer K: Roaccutan in acne and rosacea. Z Hautkr 1985; 60: 125-34.
11. Erdoğan FG, Yurtsever P, Aksoy D, Eskioğlu F: Efficacy of low-dose isotretinoin in patients with treatment-resistant rosacea. Arch Dermatol 1998; 134: 884-5.