



# Deri tutulumu ile tanı alan sarkoidoz olgusu

## *A case of sarcoidosis diagnosed via skin involvement*

● Gökür Özaydın Yavuz, ● İbrahim Halil Yavuz, ● Rojda Aktar, ● Gülay Bulut\*, ● Serap Güneş Bilgili

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, \*Patoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, deri, granümatöz hastalık

**Keywords:** Sarcoidosis, skin, granulomatous disease

### Sayın Editör,

Sarkoidoz etiyojisi bilinmeyen kazeifiye olmayan granülomla karakterize sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Sistemik sarkoidozlu hastaların %20-30'unda farklı morfolojilerde deri lezyonları görülür, bu anlamda "büyük taklitçi" olarak nitelendirilir. Çalışmalar genetik, immünolojik ve çevresel faktörlerin birlikte etkileşerek sarkoidoza neden olduğunu göstermektedir<sup>1,2</sup>. Primer olarak akciğer ve lenfatik sistemi tutan sarkoidoz aynı zamanda deri, kemik, göz, dalak ve parotis bezini tutabilir<sup>3</sup>. Deri tutulumu sistemik hastalığın ilk bulgusu olabilir bu nedenle deri tutulumu olan olgularda sistemik hastalık yönünden araştırma yapılması gerekmektedir<sup>4</sup>. Tanı klinik ve radyolojik bulguların histopatolojik bulgularla desteklenmesiyle ve diğer muhtemel ayırıcı tanılarının dışlanmasıyla konur<sup>5,6</sup>. Burada, deri bulguları ile başvuran, histopatolojik inceleme ve sistemik araştırma neticesinde sarkoidoz tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Otuz beş yaşında erkek hasta polikliniğimize yüzde ve saçlı deride hafif kaşıntılı kızarıklıklar nedeniyle başvurdu. Bir yıldır yüzde ve saçlı deride kızarıklıklar başladığını daha önce çeşitli kremler kullandığını, kremlerle kızarıklıkların kısmen azalıp sonrasında tekrar arttığını belirten hastanın boynunda

şişlikleri de mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde periorbital ve temporal alanda, burun sol dorsolateralinde, yanakta en büyüğü 5-6 cm boyutunda eritemli deriden kabarık kenarları eleve, anüler plaklar görüldü. Yer yer telenjektaziler eşlik etmekteydi (Resim 1,2). Benzer şekilde boyunda ve saçlı deride de eritemli plaklara rastlandı. Yapılan muayenede servikal ve preauriküler alanda yaklaşık 1,5-2 cm boyutlarında ağrısız mobil lenfadenopatiler (LAP) saptandı.

Özgeçmiş, soygeçmiş ve sistem sorgulamasında özellik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, rutin biyokimya değerleri doğaldı. Kan kalsiyum düzeyleri normaldi, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi bakılmadı. Granüloma anülar, anüler elastolitik dev hücreli granülom, diskoid lupus eritematozus, porokeratoz, aktinik liken, anüler liken, granüloma fasyale, kutane metastaz, sarkoidoz ön tanılarıyla lezyondan punch biyopsi alındı.

Akciğer grafisi ve toraks tomografi çekilen hastada radyolojik olarak bilateral hiler LAP, her iki akciğer santralinde kalsifikasyon içeren 4-5 adet 22x17 mm ebatlı LAP izlendi. Boyundaki LAP'den yapılan eksizyonel biyopside deriden kabarık kazeifiye olmayan granülomatöz değişiklik izlendi (Resim 3). Üveit açısından bakılan göz dibi muayenesi doğaldı.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Gökür Özaydın Yavuz, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye  
Tel.: +90 505 475 33 62 E-posta: goknuroz1@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 20.01.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.02.2019

**ORCID ID:** orcid.org/0000-0002-8500-315x

©Telif Hakkı 2019 Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği  
Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.



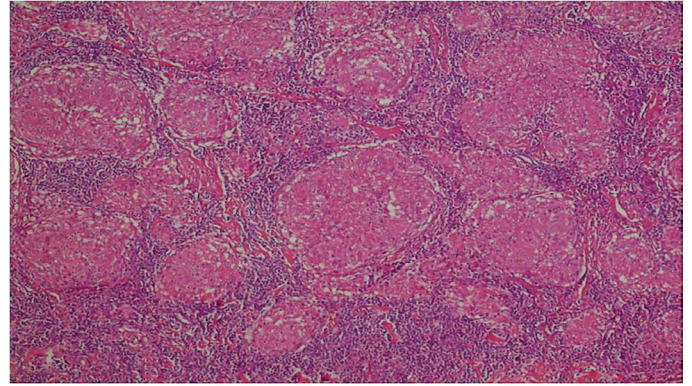
**Resim 1.** Burun kenarında eritemli plak



**Resim 2.** Temporal bölgede, kulakta, yanak ve burun kenarında periferi eleve eritemli plaklar

PPD testi anerjik olarak değerlendirildi. Deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde; kollajende skar benzeri fibrotik alanlar, dermiste dev hücrelerin eşlik ettiği kazeifiye olmayan granülomatöz değişiklik izlendi. Mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastaya evre 1 akciğer tutulumlu kutan sarkoidoz tanısı konuldu. Hasta göğüs hastalıklarına yönlendirildi, akciğer tutulumu açısından herhangi bir tedavi önerilmedi, deri lezyonlarına metilprednizolon aseponat pomad verildi.

İlk olarak 1877 yılında bir İngiliz dermatolog tarafından lividi papüler psoriasis olarak tanımlanan sarkoidoz, sistemik granülomatoz bir hastalıktır<sup>2,3,5</sup>. Sıklıkla olgumuzda olduğu gibi 40 yaşın altında görülen hastalığın sıklığı, genellikle 20-29 yaş arası ve özellikle kadınlarda 45-55 yaş arasında olmak üzere iki dönemde doruğa çıkar<sup>2,6</sup>. Akciğer tutulumu %90-95 oranında görülebilir. Bu tutulumun en sık radyolojik görüntüsü olgumuzda olduğu gibi bilateral hiler ve mediastinal LAP şeklindedir<sup>1,5</sup>. Olguların %10-15'inde periferik lenf nodları palpe edilebilir. Olgumuzda servikal alanda birkaç adet lenf nodu palpe edilmekteydi. Sarkoidozda deri lezyonları kazeifiye granülom içerip içermemesine göre spesifik, non-spesifik olarak ayrılır<sup>1,3</sup>. Spesifik lezyonlar infiltrate plak (bazen hipopigmente), makülopapüler erüpsiyon, ülser, eski skarda infiltrasyon, iktiyoz, alopesi, lupus pernio ve subkütan lezyonlardır. Non-spesifik lezyonlar; eritema nodosum, eritema multiforme, kalsifikasyon, prurigo, çomak parmak, Sweet sendromu şeklindedir<sup>3,4,6</sup>. En sık izlenen non-spesifik lezyon eritema nodosumdur<sup>1,3,6</sup>. Makülopapüler lezyonlar ise en sık görülen spesifik lezyonlardır. Bu lezyonlar genişleyerek plak ve



**Resim 3.** Histopatolojik görünüm (HE&100): Lenf nodunun normal yapısını ortadan kaldıran kazeifiye olmayan kronik granülomatöz iltihap anüler lezyonlara dönüştürülebilir. Sarkoidozdaki plaklar çoğunlukla infiltrate, kırmızı kahverengi olup hastalığın kronik formuyla ilişkilidir, bilateral ve simetriktr<sup>6</sup>. Diaskopide özellikle papül ve plak tarzındaki deri lezyonları elma jölesi kıvamında izlenir ki bu durum diğer granülomatoz hastalıklarda da gözlenebilir<sup>1</sup>. Kronik kütan sarkoidozun en karakteristik izlenen deri lezyonu üzerinde telenjektazilerin olduğu viyole renkli "lupus pernio"dur, subkütan nodüller ise sistemik tutulumun habercisi olabilir. Saçlı deride de farklı morfolojiler tanımlanmış olup sıklıkla seboreik dermatit benzeri eritematöz ve infiltrate plaklar ve maküler lezyonlar görülmektedir. Sarkoidoz lezyonları genellikle asemptomatiktir. Yaklaşık %15 olguda kaşıntı izlenebilir<sup>6</sup>. Olgumuzda da yüz, boyun ve saçlı deri gibi alanlarda çok sayıda eritemli anüler plaklara eşlik eden hafif kaşıntı mevcuttu.

Patogenezinde makrofajlar ve yardımcı T hücrelerinin yüksek aktivitesi ve sitokin salınımı majör rol oynar<sup>4,5</sup>. Sarkoidozdaki klasik patolojik bulgu, etrafını lenfosit, makrofaj ve fibroblastların sardığı, ortada epitelioid histiyosit ve nadiren Langhans tipi dev hücrelerin bulunduğu kazeifiye olmayan granülomdur<sup>2</sup>. Histopatolojik olarak diğer granülomatoz hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır (tüberküloz, histoplazmozis, koksidiomikozis, lepra, layşmanya, sifiliz, granüloma anülare gibi)<sup>1,2</sup>. Laboratuvar bulgularında hiperkalsemi, hiperkalsiüri, akut sarkoidozda daha olasılıkla ACE yüksekliği olabilir. Hemogramda anemi, lenfopeni, lökopeni, eozinofili ve sedimentasyon yüksekliği görülebilir<sup>1</sup>. Olgumuzda olduğu gibi, saptanan akciğer tutulumu her zaman tedavi gerektirmeyebilir<sup>5,7</sup>. Olgumuzda bu bulgularla sistemik steroid tedavisi endikasyonu saptanmadığı için akciğer tutulumu açısından 6 aylık düzenli kontroller önerildi. Tedavide topikal ve sistemik steroidler, azatioprin, infliksimab, metotreksat gibi immünoşüpresif ajanlar ile hidrosiklorokin, doksisisiklin tercih edilebilir<sup>1,4</sup>. Antimalaryal ilaçlar ve metotreksat gibi standart tedavi seçeneklerine cevabın değişken olması nedeniyle alternatif tedavi seçenekleri araştırılmaktadır. Sarkoidoz tedavisinde amaç semptomatik rahatlama, hastalık aktivitesini gösteren objektif parametrelerde düzelme ve hastalık ilerlemesinin neden olacağı kronik maluliyetin önlenmesidir<sup>5,7</sup>. Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

#### **Etik**

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

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

**Yazarlık Katkıları**

Konsept: G.Ö.Y., Dizayn: G.Ö.Y., İ.H.Y., Veri Toplama veya İşleme: S.G.B., G.B. Analiz veya Yorumlama: İ.H.Y., G.Ö.Y., Literatür Arama: R.A., S.G.B., Yazan: G.Ö.Y., R.A.

**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. Ruocco E, Gambardella A, Langella GG, Lo Schiavo A, Ruocco V. Cutaneous sarcoidosis: an intriguing model of immun dysregulation. *Int J Dermatol* 2015;54:1-12.
2. Lo Schiavo A, Ruocco E, Gambardella A, O'Leary RE, Gee S. Granulomatous dysimmune reactions (sarcoidosis, granuloma annulare, and others) on differently injured skin areas. *Clin Dermatol* 2014;32:646-53.
3. Saylam Kurtipek G, Ataseven A, Kurtipek E, Kucukosmanoglu i, Toksoz MR. Resolution of cutaneous sarcoidosis following topical application of ganoderma lucidum (Reishi Mushroom). *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016;6:105-9.
4. Tchernev G. Cutaneous sarcoidosis: the "great imitator": etiopathogenesis, morphology, differential diagnosis, and clinical management. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:375-82.
5. Lazarus A. Sarcoidosis: epidemiology, etiology, pathogenesis, and genetics. *Dis Mon* 2009;55:649-60.
6. Fernandez-Faith E, McDonnell J. Cutaneous sarcoidosis: differential diagnosis. *Clin Dermatol* 2007;25:276-87.
7. Badgwell C, Rosen T. Cutaneous sarcoidosis therapy updated. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:69-83.