

# Primer Anetoderma (Schweninger-Buzzi Tipi) ve Alopesi Areata Birlikteliği: Olgu Sunumu

## Primary Anetoderma (Schweninger-Buzzi Type) Associated with Alopecia Areata: A Case Report

Mustafa Atasoy, Cihangir Aliğaoğlu\*, Önder Şahin\*\*,  
Ümran Yıldırım\*\*, Dudu Kahraman\*\*\*

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve \*\*Patoloji Anabilim Dalı  
Erzurum Numune Hastanesi \*Dermatoloji ve \*\*\*Patoloji Kliniği, Erzurum, Türkiye

### Özet

Anetoderma kutanöz atrofi grubunda nadir görülen elastolitik hastalıklardan birisidir. Patogenezi tam tespit edilmemesine rağmen immünolojik mekanizmaların dermal elastoziste önemli rol oynadığı sanılmaktadır. 23 yaşındaki erkek hastamızda karın yan bölgesinde atrofik-sarkık plak tarzı lezyonlar ve saçlı deride lokal saç dökülmesi vardı. Histopatolojik tetkikte retiküler dermiste elastik liflerde azalma gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Anetoderma, alopesi areata (*Türkderm 2006; 40 (Özel Ek B): 45-46*)

Atasoy M, Aliğaoğlu C, Önder Ş, Yıldırım Ü, Kahraman D. Primer anetoderma (Schweninger-Buzzi tipi) ve alopesi areata birlikteliği: olgu sunumu. *Türkderm 2006;40(Özel Ek B):XXXXXXX*

### Summary

Anetoderma is a rare elastolytic disorder included within the group of cutaneous atrophies. Its pathogenesis is not yet clearly established, but immunological mechanisms could play an important role in dermal elastolysis. In our 23 year-old male patient, there were atrophic sacular plaque-like lesions on the lateral side of abdomen and local alopecia in hairy skin. In histopathological examination, a reduction in elastic fibers in reticular dermis was observed. (*Türkderm 2006; 40 (Suppl B): 45-46*)

**Key Words:** Anetoderma, alopecia areata

Anetoderma ilk olarak 1892 yılında Jadassohn tarafından deride elastik doku kaybı sonucu gelişen gevşek deri şeklinde tanımlanmıştır. Primer ve sekonder olmak üzere iki formu vardır. Primer tip öncül bir dermatoz olmadan gelişir. Bazı sistemik hastalıklar ve deri hastalıklarıyla birliktelik gösterebilir. Primer anetoderma erken safhadaki klinik görünümüne göre; Jadassohn-Pellizzari (J-P) (eritematöz-ürtikeryal lezyon şeklinde başlar) ve Schweninger-Buzzi (S-B) (öncesinde inflamatuvar bir lezyon yoktur) olarak sınıflandırılır<sup>1,2</sup>. Anetodermanın nadir görülen bir hastalık olması ve alopesi areata ile birlikteliği sebebiyle sunmayı uygun bulduk ve anetodermanın patogenezi hakkında çalıştık.

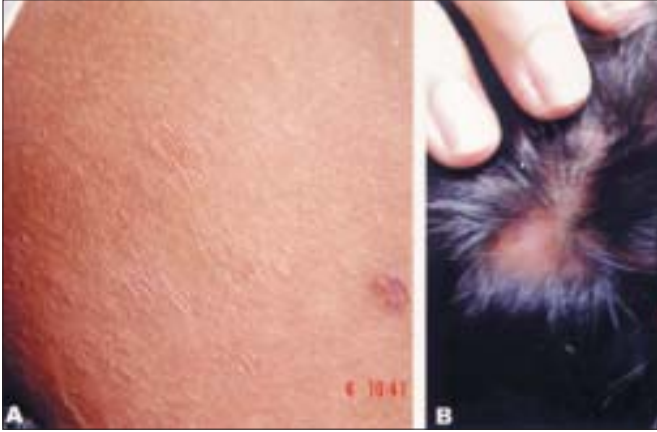
### Olgu

Hastanın yapılan klinik muayenesinde; karın yan tarafında, deri renginde yuvarlak-elipsoid, zımba ile basılmış

gibi, atrofik ve sarkık görünümde plaklar gözlemlendi. Saçlı deride vertekse uyan bölgede, saçlar lokal olarak dökülmüştü. Dökülen bölgenin derisinde atrofi ve inflamasyon gözlemlenmedi (Şekil 1A,1B).

Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram, biyokimya, rutin idrar tetkiki normal sınırlardaydı. Hormon analizlerinden T3, T4, TSH normaldi. Tiroid otoantikörleri (antimikrozomal, antitiroglobulin), ANA, AntidsDNA negatifti. Lyme ve HIV antikörleri, TPHA, VDRL negatif olarak tespit edildi. Parafin bloktan yapılan immünohistokimyasal (IgG, IgM, IgA antikörleri) tetkikte, dermis ve dermo-epidermal bileşkede antikor birikimi gözlemlenmedi.

Hastadan anetoderma, kutis laksa ön tanısı ile biopsi alındı. Histopatolojik tetkikte; dermiste az miktarda süperfisiyel perivasküler infiltrasyon ve retiküler derminin üst kısmındaki elastik fibrillerde azalma gözlemlenirken, papiller dermisteki elastik fibriller normal görünümdeydi. Elastik doku boyasında (Verhoeff-von Giesson boyası) retiküler derminin üst kısmındaki elastik



**Şekil 1.** A. Karında atrofik-gevşek plak tarzı lezyonlar. B. Saçlı deride yuvarlak-elipsoid tarzda lokal saç dökülmesi

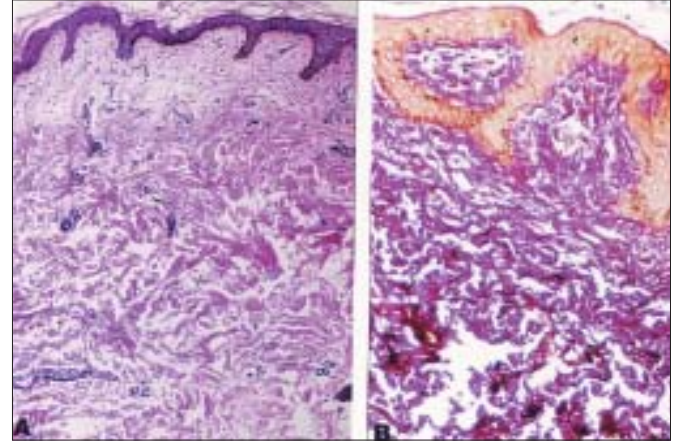
fibrillerde azalma, kollajen demetlerde incelmeye, dağılımında düzensizlik ve aralarında boşluklar gözlemlendi (Şekil 2A,2B). Hastaya topikal steroid ve anksiyolitik başlandı. Uyguladığımız tedavi sonrasında hastanın iki hafta sonraki kontrolünde lezyonlarda herhangi bir değişiklik gözlemlenmedi.

### Tartışma

Anetodermanın patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. Elastik yıkımın; immünolojik olarak kompleman aktivasyonu yoluyla inflamatuvar hücrelerden salınan elastazların sonucu olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu immünolojik reaksiyon virionlara karşı gelişen humoral ya da hücreli immünite sonucu olabilir. Molluskum contagiosum sonrası anetoderma gelişmesi bu tezi desteklemektedir<sup>3</sup>.

Anetoderma lezyonlarında immün depolanmaların gösterilmesi ve otoimmün hastalıklarla birliktelik göstermesi immünolojik mekanizmayı destekler görünmektedir<sup>4</sup>.

Anetoderma otoimmün hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, kronik diskoid lupus eritematozus, anti-fosfolipid sendrom), infeksiyöz hastalıklar (borelia, sifiliz, tüberküloz, HIV<sup>5</sup>), hepatit B, lepra, tinea versikolor, varisella, molluskum contagiosum<sup>3</sup>, lenfositoma kutis, nodüler amiloidoz, ürtikerya pigmentoza, granüloma anülare<sup>1</sup>, addison, hipotiroidizm, Graves hastalığı, otoimmün hemoliz, alopesi areata<sup>6</sup>



**Şekil 2.** A- Dermiste az miktarda perivasküler mononükleer hücreli infiltrasyon (HEx4). B- Retiküler dermisin üst kısmında elastik fibrillerde kayıp ve kollajen liflerde düzensizleşme (Verhoeff- von Gieson boyasıx4)

ile birliktelik gösterebilir. Ayrıca sistemik penisilamin tedavisi sonrası geliştiği bazı yayınlarda bildirilmiştir<sup>1</sup>. Olgumuzda anetoderma ile alopesi areata birlikteliği mevcuttu. Otoimmüniteyi destekleyecek herhangi bir laboratuvar bulgusu tesbit edemedik.

### Kaynaklar

1. Ozkan S, Fertil E, Izler F, Pabuccuoglu U, Yalcin N, Gunes AT: Anetoderma secondary to generalized granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(2):335-8.
2. Thomas JE, Mehregan DR, Holland J, Mehregan DA: Familial anetoderma. *Int J Dermatol* 2003;42(1):75-7.
3. Shalders K, Ilchysyn A, Walzman M: Secondary anetoderma following molluscum contagiosum infection. *Acta Derm Venereol* 2003;83(6):461-2.
4. Fernandez-Galar M, Espana A, Lloret P: Systemic lupus erythematosus-associated anetoderma and anti-phospholipid antibodies. *Clin Exp Dermatol* 2003;28(1):39-42.
5. Inamadar AC, Palit A, Athanikar SB, Sampagavi VV, Deshmukh NS: Generalized anetoderma in a patient with HIV and dual mycobacterial infection. *Lepr Rev* 2003;74(3):275-8.
6. Alvarez-Cuesta CC, Raya-Aguado C, Fernandez-Rippe ML, Sanchez TS, Perez-Oliva N: Anetoderma in a systemic lupus erythematosus patient with anti-PCNA and antiphospholipid antibodies. *Dermatology* 2001;203(4):348-50.