

Üremik Prurituslu Bir Hastada Perforan Follikülit Benzeri Lezyonlarla Seyreden Skabiyes

A case of Scabies with Lesions Resembling Perforating Folliculitis and Uremic Pruritus

Hülya Akgün, Ebru Akay, Pınar Kulluk*, Serap Utaş*

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Özet

Skabiyes, *Sarcoptes scabiei* adlı parazitin neden olduğu, deride tüneller, papüller, eritematöz püstüller, veziküller, krut ve ekskoriyasyonlar gibi polimorfik lezyonlar ile karakterize bir infestasyondur. Klinik olarak kaşıntı ile seyreden birçok deri hastalığı ile karışabilir. Altı aydır devam eden kaşıntı şikayeti ile başvuran, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle on yıldır diyalize giren ve diyabeti olan 72 yaşındaki erkek hastanın sırtındaki perforan follikülit benzeri lezyonlardan alınan deri biyopsisinde epidermis içerisinde sarkoptlar görülmüştür. Hastanın şikayetleri %5 permetrin krem uygulanması sonrasında tamamen düzelmiştir. Olgu kronik kaşıntılı olan olgularda veya hastalıklarda ayırıcı tanıda skabiyesin mutlaka düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur. (*Türkderm* 2010; 44: 164-6)

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus, kaşıntı, perforan follikülit, skabiyes

Summary

Scabies is an infestation caused by *Sarcoptes scabiei* and characterised by polymorphous lesions that may include burrows, papules, pustules, crusts and excoriations. Several pruritic diseases may be confused with scabies. Herein, we present a case of scabies with lesions resembling perforating folliculitis diagnosed on the basis of both clinical and histopathological view. A 72-year-old man with type 2 diabetes mellitus and receiving hemodialysis for ten years due to end-stage renal disease was admitted to our dermatology department with a 6-month history of severe pruritus. Based on the results of skin biopsy revealing *Sarcoptes scabiei* in the epidermis, the patient was diagnosed as scabies and was successfully treated with 5% permethrin. This case is presented to emphasize that scabies should be considered in the differential diagnosis in cases of chronic pruritus. (*Turkderm* 2010; 44: 164-6)

Key Words: Chronic renal failure, diabetes mellitus, pruritus, perforating folliculitis, scabies

Giriş

Skabiyes, *Sarcoptes scabiei hominis*'in neden olduğu bir deri infestasyonudur. En belirgin bulgusu özellikle geceleri artan kaşıntıdır. Lezyonlar el parmak aralarında, bileklerde, ekstremitelerin fleksör yüzlerinde, aksillada, belde kuşak tarzında lokalize olur. İmmünsuprese kişilerde ve çocuklarda lezyonlar tüm vücutta görülebilir^{1,2}. Hastalarda impetigo ya da follikülit, ekzematöz lezyonlar ya da psödolenfoma gibi sekonder lezyonlarda görülebilir². Daha nadir olarak skabiyesli olgular ürtiker, Darier hastalığı, dermatitis herpetiformis ve büllöz pemfigoid benzeri lezyonlar da başvurabilirler³.

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeniyle hemodiyalize giren ve üremik pruritusu olan 72 yaşında erkek hastanın sırtında perforan follikülit benzeri lezyonlar saptanarak deri biyopsisi alınmış ve deri biyopsisinde sarkopt görülmüştür. Kaşıntılı tüm dermatozlarda skabiyesin düşünülmesi ve atipik yerleşimli olabileceğinin vurgulanması amacıyla bu olgu sunulmuştur.

Olgu

Diyabetik nefropati nedeniyle KBY gelişen ve on yıldır hemodiyalize giren 72 yaşındaki erkek hasta, sırtta yaklaşık altı aydır süren şiddetli kaşıntı şikayeti ile dermatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta daha önce

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hülya Akgün , Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, 38039, Kayseri, Türkiye
Tel.: +90 352 437 49 37 E-posta: hulyaakgun@yahoo.com **Gelis Tarihi/Received:** 30.01.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.03.2010

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

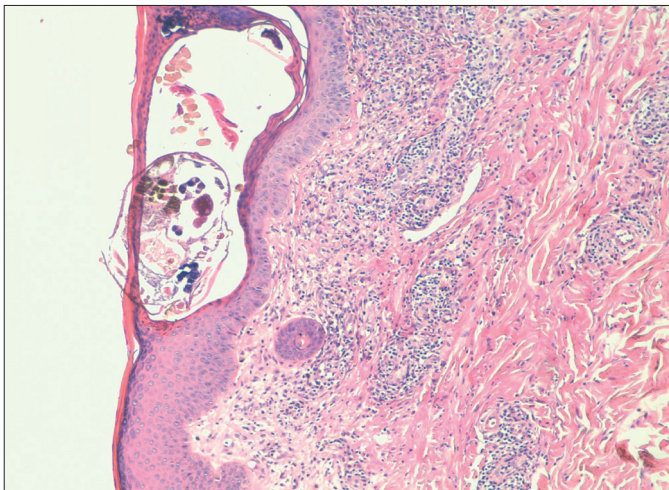
farklı oral antihistaminler, topikal kortikosteroidli krem ve losyonlar, sulu pudra ve üre içeren nemlendiriciler kullandığını ifade ediyordu.

Dermatolojik muayenede özellikle alt ekstremitelerde kuruluk dikkati çekiyordu. Sırtta, karında ve ekstremitelerde 2-3 mm çaplarında hiperpigmente maküller, yer yer eritemli papüller, az sayıda püstül ve tek tük ortaları krutlu eritemli papüller tespit edildi (Resim 1). Bu lezyonlar, üremik pruritus zeminde gelişmiş perforan folliküliti düşündürmüştü. Bazı alanlarda liken skerozis et atrofikusu düşündüren atrofik beyaz lezyonlar da vardı. El ve ayaklarda, genital bölgede lezyon yoktu. Sırttaki eritemli lezyonlardan perforan follikülit ön tanısı ile diğer lezyonlardan da liken skerozis et atrofikusu ön tanısı ile biyopsiler yapıldı.

Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabet mevcuttu, sürekli olarak insülin ve antihipertansif kullanıyordu. Soygeçmişinde bir özellik olmayan hasta eşi ile birlikte yaşıyordu ve eşinde ka-



Resim 1. Hastanın sırtında hiperpigmente maküller, küçük eritemli papüller, az sayıda püstül ve tek tük ortaları krutlu eritemli papüler lezyonlar



Resim 2. Histolojik kesitte, epidermiste tünel içerisinde sarkopt ve dermiste perivasküler alanlarda yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu (Hematoksilen ve eozin x 200)

şıntı şikayeti yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sistemler normal olarak değerlendirildi. Biyokimyasal tetkiklerinde hemoglobin 9,6 g/dl, açlık kan şekeri 158 mg/dl (70-110 mg/dl), BUN 84 mg/dl (6-20 mg/dl), kreatinin 10,2 mg/dl (0,6-1,3 mg/dl) idi. Diğer rutin laboratuvar incelemelerinde anormallik saptanmadı.

Sırt derisinden perforan follikülit ön tanısıyla alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeyde hiperkeratoz gösteren çok katlı yassı epitel ve altta dermis görülmekteydi. Dermiste lenfositlerin oluşturduğu, arada eozinofil ve plazma hücrelerini de içeren yoğun bir iltihabi infiltrasyon görüldü. Ancak perforan follikülit ön tanısını destekleyici kıl follikülü ve lezyona ait bulgu görülmedi. Biyopside, lezyonun derin kesitlerde görülebileceği düşünülecek yapıları seri kesitlerde stratum korneum ve epidermis bileşkesinde sarkopt varlığı dikkati çekti (Resim 2). Diğer biyopside ise epidermiste inceleme ve retelerde düzleşme mevcuttu. Dermiste perivasküler alanlarda yoğunlaşan orta şiddette iltihabi hücre infiltrasyonu görüldü. Histokimyasal olarak yapılan Verhoeff boyamasında elastik lif kaybı görülmedi. Seri kesitlerde diğer biyopside görülen sarkopt görülmedi.

İlk başvurduğunda aile öyküsü olmayan hasta, biyopsi sonucunu getirdiğinde yeniden sorgulandı ve birkaç günden beri eşinde de kaşıntı olduğunu ifade etti. Hastaya ve eşine %5 permetrin deri kremi birer hafta ara ile iki kez uygulandı. Tedaviden iki hafta sonra tekrar değerlendirilen hastanın ve eşinin lezyonlarının silinmiş olduğu görüldü.

Tartışma

Kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden deri lezyonları oldukça sıktır. Kaşıntı en sık görülen şikayettir. Üremik pruritus dışında kserozis, pigmentasyon değişiklikleri, purpura ve edinilmiş perforan hastalıklar gibi farklı deri lezyonları görülebilir^{4,5}. KBY'li diyaliz hastalarında, perforan follikülit, Kyrle hastalığı ve reaktif perforan kollajenozis gibi edinsel perforan dermatozlara %10 oranında rastlanmaktadır⁶. Bu değişiklikler diyabetik hastalarda çok daha fazla belirgindir⁷. Bu olguda, KBY ve uzun süreli diyabet olması, lezyonların özellikle sırta yerleşmesi ve dermatolojik muayenedeki görünüşleri nedeniyle ön tanıda ilk olarak perforan follikülit düşünülmüştür.

Skabiyes diğer dermatozları taklit edebilen muhteşem bir taklitçidir. Atopik dermatit, kontakt dermatit, impetigo, böcek ısırması, nörodermit, follikülit, prurigo nodularis, pemfigoid ve pemfigus gibi büllöz deri lezyonları, psoriasis ve diğer pek çok dermatoz ile karışabilen lezyonlar oluşturabilir^{8,9}. Bizim olgumuzda skabiyesin yerleşmediği bir lokalizasyon olan sırta lezyonların bulunması, lezyonların perforan follikülite benzemesi ve hastada diyabet, KBY bulunması skabiyesi öncelikle düşündürmemiştir.

KBY olan hastalarda üremik pruritus nedeniyle generalize kaşıntı olduğu için skabiyesin tanınması güçtür. Ek olarak bu hastalarda immünitenin bozulmuş olması ve nöropati nedeniyle skabiyes infestasyonunun tanınması daha da güç olabilir. Diyaliz ünitelerinde skabiyes epidemileri bildirilmiştir^{10,11}. Lempert ve ark.'nın¹⁰ serisinde hastalardaki kaşıntı başlangıçta üremik pruritus olarak değerlendirilmiş ve tanı infestasyonun diyaliz ünitesi çalışanları arasında görülmesine kadar gecikmiştir. Deabete ve ark.'nın¹¹ serisinde ise olguların bir kısmında diyabet ve malnutrisyon bulunması tedavinin başarısız

olmasına ve tekrarlanmasına neden olmuştur. Olgumuz uygulanan tedaviye iyi cevap vermiş ve tedavi sonunda lezyonları tamamen ortadan kalkmıştır.

Akarlar geceleri sıcak ortamda hareket ettiğinden, hastalarda özellikle geceleri artan şiddetli kaşıntı görülür. Kaşıntının oluşmasında sarkoptun enzimleri veya dışısına karşı gelişen, özellikle geç tip hipersensitivitenin yanında, tip III ve tip I immünolojik reaksiyonlar da rol oynamaktadır⁹.

Skabiyes infestasyonlarında tanı temel olarak klinik özellikler ile konur. Fakat ekskoriyasyonlar ve diğer deri bulguları arasında tünelleri tespit etmek her zaman kolay olmayabilir. Deriden kazıntı ile direkt mikroskopta, dermoskop ya da biyopsi ile parazitin kendisinin, yumurta veya fekal artıklarının görülmesi en güvenli tanı yöntemidir. Biyopsiye öncelikle diğer deri hastalıkları düşünülüğünde ayırıcı tanı için gerek duyulur. Skabiyes infestasyonunda histopatolojik tanı akut spongiotik reaksiyonlar ve epidermiste sarkopt ve yumurtalarının görülmesi ile konur. Dermiste yüzeysel ve derin perivasküler ve interstisyel alanlarda yoğunlaşan, lenfosit, histiyosit ve plazma hücresi ve eozinofillerin oluşturduğu iltihabi infiltrasyon vardır. İltihabın yoğunluğu ve iltihabi oluşturulan hücre tipi olgudan olguya değişir. İltihabi hücrelerin en belirgin komponenti T lenfositler, eozinofiller ve makrofajlardır¹. B lenfositler de belirgin olabilir. Lezyonlar bazen lenfomatoid papülozis, Hodgkin hastalığı ve non-Hodgkin lenfomayı taklit edebilir¹². İnfiltrasyon içerisinde CD1a ve S100 pozitif çok sayıda Langerhans hücresi bulunabilir. Bu nedenle yanlışlıkla Langerhans hücre histiyositozu tanısı alan olgular bildirilmiştir^{12,13}. Skabiyesli olguların deri biyopsilerinde yapılan bir çalışmada, uzun süren iltihabi infiltrasyonun bulunduğu alanlarda CD 30+ büyük hücrelerin olduğu gösterilmiştir¹⁴. Ancak bu bulgunun neoplastik bir gelişim olan kutanöz CD30+ atipik lenfoid proliferasyondan ziyade birçok benin inflamatuvar hastalıkta olabileceği belirtilmiştir¹⁴.

Olgumuzda deri biyopsisinden hazırlanan ilk kesitlerin incelenmesinde perforan follikülit ile uyumlu bir lezyon görülmemiş, ancak dermiste eozinofil, plazma hücresi ve lenfositlerden oluşan çok yoğun bir iltihabi infiltrasyon dikkati çekmişti. Ön tanı ile kesitlerde görülen bulgunun uyumsuzluğu uyarıcı olmuş ve yapılan yeni seri kesitlerde skabiyesine ait tipik görünüm ortaya çıkmıştır. Bu nedenle özellikle deri biyopsilerinde ön tanı ile mikroskobik lezyonun uyumsuz olduğu biyopsilerde derin kesitler ile lezyonun değerlendirilmesi daha özgün tanımlar verilebilmesine yardımcı olacaktır.

Skabiyes, çok farklı deri lezyonları şeklinde ortaya çıkabileceği için özellikle üremik pruritusu olan hastalarda kaşıntılı lezyonlarda akla gelmesi gereken bir dermatozdur. Öyküsü ve klinik görünümü nedeniyle perforan follikülit düşünülerek biyopsi yapılan ve biyopsi sonucu skabiyes tanısı alan bu olgu, literatürde ulaşılabilen perforan follikülit benzeri deri lezyonu oluşturan ilk skabiyes olgusu olması nedeniyle sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Grayson W, Calonje E, McKee PH. Infectious diseases of the skin. In: McKee PH, Calonje E, Granter SR, editors. Pathology of the skin. 3th ed. Elsevier Mosby: Philadelphia; 2005. p. 980-1.
2. Meinking TL, Burkhart CN, Burkhart Cg. Infestations. In: Bologna JL, Jorizzio JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 1st ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 1321-4.
3. Ansarin H, Jalali MH, Mazloomi S et al. Scabies presenting with bullous pemphigoid-like lesions. Dermatol Online J 2006;12:19.
4. Udayakumar P, Balasubramanian S, Ramalingam KS et al. Cutaneous manifestations in patients with chronic renal failure on hemodialysis. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2006;72:119-25.
5. Utaş S, Ferahbaş A. Kronik böbrek yetmezliği: Dermatolojik acil sorunlar. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Nefroloji Dergisi Kronik Böbrek Yetmezliği Özel Sayısı 2005;1:52-62.
6. Heilman ER, Friedman RJ. Degenerative diseases and perforating disorders. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr. B, editors. Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Lippincott-Raven: Philadelphia; 1997. p. 341-51.
7. Morton CA, Lafferty M, Hau C et al. Pruritus and skin hydration during dialysis. Nephrol Dial Transplant 1996;11:2031-6.
8. Arya V, Molinaro MJ, Majewski SS, Schwartz RA. Pediatric scabies. Cutis 2003;71:193-96.
9. Cestari TF, Martignago BF. Scabies, pediculosis, bedbugs, and stinkbugs: uncommon presentations. Clin Dermatol 2005;23:545-54.
10. Lempert KD, Baltz PS, Welton WA, Whittier FC. Pseudoremic pruritus: a scabies epidemic in a dialysis unit. Am J Kidney Dis 1985;5:117-9.
11. Deabate MC, Calitri V, Licata C et al. Scabies in a dialysis unit. Mystery and prejudice. Minerva Urol Nefrol 2001;53:69-73.
12. Bhattacharjee P, Glusac EJ. Langerhans cell hyperplasia in scabies: a mimic of Langerhans cell histiocytosis. J Cutan Pathol 2007;34:716-20.
13. Tidman MJ, Adamson B, Allan S, Wallace WHB. Childhood scabies mistaken for Langerhans cell histiocytosis. Clin Exp Dermatol 2003;28:111.
14. Gallardo F, Barranco C, Toll A, Pujol RM. CD30 antigen expression in cutaneous inflammatory infiltrates of scabies: a dynamic immunophenotypic pattern that should be distinguished from lymphomatoid papulosis. J Cutan Pathol 2002;29:368-73.