

Tanınız nedir?

What is your diagnosis

Şirin Yaşar, Nurhan Döner, Işık Gönenç*, Zehra Aşiran Serdar, Pembegül Güneş**

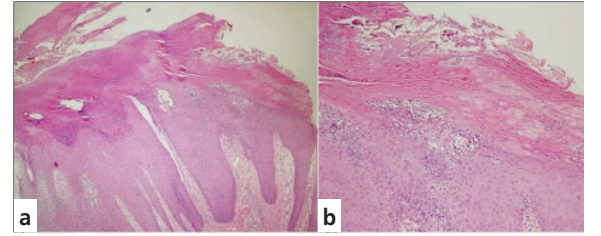
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, *Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve **Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye



Resim 1. Ayakta parmaklarının arasında maserasyon, beyaz plaklar ve derin fissürler

Elli üç yaşında erkek hasta 10 yıldır ayak parmak aralarında sulantılı, pullanan, ıslak, kaşıntılı yaralar nedeniyle polikliniğe başvurdu. Çeşitli topikal ve sistemik antimikotik ilaçlar kullanmış, ancak tedaviden yanıt alamamıştı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenesinde her iki ayakta parmaklar arasında başlayıp parmakların altına doğru uzanan masere, beyaz plaklar ve arada derin fissürler saptandı, ayak tırnaklarında beyaz diskolorasyon ve subungual hiperkeratoz bulunmaktaydı (Resim1). Direkt mikolojik incelemede ve mantar kültüründe özellik saptanmadı. Wood ışığı muayenesi normaldi ve alınan bakteri kültüründe üreme olmadı. Parmak arasındaki masere alandan panç biyopsi alındı (Resim 2). Tanınız nedir?



Resim 2. Epidermiste parakeratoz, hipogranuloz, psoriasiform akantoz, intraepidermal püstül formasyonu (HEx100,200)



Resim 3. Topikal steroid kullanım sonrası lezyonlarda gerileme

Yanıtlarınızı semrademirel@turkderm.org.tr adresine gönderebilirsiniz. Doğru yanıt verenler arasında yapılacak kura ile belirlenecek şanslı meslektaşlarımıza kitap armağan edilecektir.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Şirin Yaşar, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 216 414 45 02 E-posta: drsirin@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 04.11.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.01.2012

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

Bir önceki sayıda yer alan olgunun tanısı

Reaktif Perforan Kollojenoz

İlk olarak 1967'de Mehregan ve arkadaşları tarafından tanımlanan reaktif perforan kollojenoz (RPK), dejenere olmuş kollajen bantların transepidermal eliminasyonu sonucu ortaya çıkan, travmaya maruz kalan bölgelerde, keratotik tıkaç bulunan papüllerle karakterize, nadir görülen bir hastalıktır¹⁻³. Kalıtsal ve kazanılmış form olmak üzere iki formu tanımlanmıştır^{3,4}. Kalıtsal formda lezyonlar yaşamın erken döneminde ortaya çıkar^{1,5,6}. Otozomal resesif veya otozomal dominant olarak kalıtıldığı düşünülmektedir¹. Kazanılmış form ise erişkin çağda ortaya çıkar. Kazanılmış RPK diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, lenfomalar, AIDS, hipo-hipertroidizm, karaciğer disfonksiyonu ve nörodermatit ile ilişkili olarak bildirilmiştir⁵. Hastalığın tipik lezyonu el dorsumu, çene, dirsek, kol, bacak ve kalçalar gibi travmaya maruz kalan alanlarda, deri renginde, toplu iğne başı büyüklüğünde papüllerle başlar. Papüller üç-dört hafta içerisinde genişleyerek, göbeklenme oluşur ve merkezinde yapışık keratotik tıkaç gelişir. Papüller genellikle 5-10 mm boyuta ulaşır ve altı-sekiz hafta içerisinde hipo-hiperpigmentasyon veya skar bırakarak iyileşir. Eski lezyonlar iyileşirken, farklı bir bölgeden yeni lezyonlar çıkmaya devam eder^{1,7}. Lezyonların histopatolojik incelemesinde, epiderminin bir bölgesinde ayrılma ve bu alanda bazofilik debris, kollajen ve parakeratotik keratinden oluşan keratin tıkaç izlenir. Lezyon çevresindeki epidermiste ise akantoz ve dermiste hafif perivasküler mononükleer inflamatuvar infiltrat saptanır. Masson trikrom boyası ile kollajenin transepidermal eliminasyonu görülür^{1,2}. Ayırıcı tanıda diğer perforan dermatozlar, molluskum contagiosum, verruka vulgaris, hidroa vaksiniforme, perforan granüloma anülere düşünülmelidir. Histopatolojik inceleme ve trikrom boyama ile tanı konur^{4,7}. Bu olguda yüz, her iki el dorsumu ve gövde ön yüzünde çok sayıda yapışık keratotik tıkaçlı papüller lezyonlar mevcuttu. Histopatolojik incelemede akantoz ve parakeratoz gösteren epiderminin yerini bir alanda nötrofil lökositler, nükleer kırıntılar ve keratin materyalden oluşan nekrobiyotik alanın aldığı ve bu alan altında bazıları vertikal olarak yerleşmiş kollajen demetlerin izlendiği saptandı. Kollajen demetler trikrom boyası ile gösterildi. Bu olguya tipik klinik ve histopatolojik bulgularla RPK tanısı konuldu. Nadir görülen bir olgu olması nedeniyle sunumu uygun görüldü.

Kaynaklar

1. Sehgal VN, Jain S, Thappa DM, Bhattacharya SN, Logani K: Perforating dermatoses: a review and report of four cases. *J Dermatol* 1993;20:329-40.
2. Yanagihara M, Fujita T, Shirasaki A, et al: The pathogenesis of the transepithelial elimination of the collagen bundles in acquired reactive perforating collagenosis. A light and electron microscopical study. *J Cutan Pathol* 1996;23:398-403.
3. Kawakami T, Saito R: Acquired reactive perforating collagenosis associated with diabetes mellitus: eight cases that meet Faver's criteria. *Br J Dermatol* 1999;140:521-4.
4. Bhatia KK, Kumar S, Narang A. Reactive perforating collagenosis—a case report. *J Dermatol* 1987;14:70-2.
5. Faver IR, Daoud MS, Su WP. Acquired reactive perforating collagenosis. Report of six cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:575-80.
6. Kyriaki A, Ephtichia Z, Anna L, Panagiotis D. Reactive perforating collagenosis and acquired perforating dermatosis: presentation of two cases. *J Dermatol* 1997;24:170-3.
7. Berlin C, Goldberg LH. Reactive perforating collagenosis and phototraumatism. *Dermatologia* 1985;171:255-8.

Sorumuza doğru yanıt verenler arasında yapılan çekilişte kitap ödülünü, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'nden Dr. Selma Emre kazanmıştır.