

Tanınız nedir?

What is your diagnosis?

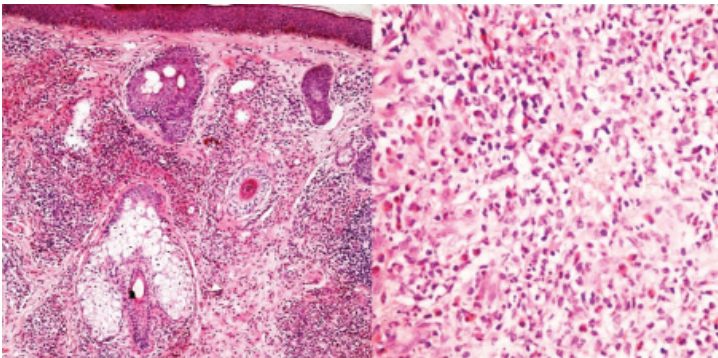
Hakan Turan, Hülya Albayrak, Zehra Gürlevik, Oğuz Küçükçakır*, Murat Oktay**

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı ve **Patoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

*Doğubeyazıt Devlet Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları, Ağrı, Türkiye



Resim 1 a,b



Resim 2 a,b

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

Kırk yaşında erkek hasta, yüzde lokalize kahverengi lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta lezyonların yaklaşık olarak iki yıl önce milimetrik boyutlarda başladığını ve zamanla genişlediğini tarifliyordu. Dermatolojik muayenesinde alın, yanak ve burun üzerinde altı adet kahvemsiz eritemli, üzeri düz, orta sertlikte, 3-11 mm arasında değişen boyutlarda, infiltrat, foliküler açıklıkları belirgin asemptomatik papül ve plaklar izlendi (Resim 1 a,b). İlk olarak burun üzerindeki lezyonun ortaya çıktığı takiben alın ve yanaklarda benzer lezyonların oluştuğu öğrenildi. Hasta diğer yönlerden sağlıklıydı ve fizik muayene bulguları doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı ve rutin biyokimya tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Yanaktaki lezyondan biyopsi alınarak histopatolojik inceleme yapıldı (Resim 2 a,b). Mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde tanınız nedir?

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hakan Turan, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye
Tel.: +90 380 542 13 90 E-posta: drhakanturan@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 18.10.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 31.12.2011

*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

Kalsiflaksi

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgularla kalsiflaksi tanısı konuldu. Patogenezi tam olarak bilinmeyen ve multifaktöryel olarak geliştiği düşünülen kalsiflaksi, genellikle yağ dokunun fazla olduğu vücut alanlarında küçük ve orta çaplı damarlarda metastatik kalsifikasyon sonucu gelişen dermis, subkütan doku, kas, fasya ve iç organlarda iskemik nekroz ile karakterize bir vaskülopati tablosudur. Klinik olarak mor noktasal veya retiküler paternde başlayan livedo retikularis benzeri lezyonlar, plak veya nodül halini alarak hassasiyet ve ağrının eşlik ettiği iyileşmeyen derin ülserlere dönüşürler. Kalsiflaksi, daha çok son dönem böbrek yetmezliği olan kronik diyaliz hastalarında veya böbrek transplantasyonu sonrası görülse de bazı üremik olmayan durumlarda da birlikteliği bildirilmiştir. Bu birliktelikler arasında primer hipertroidizm, alkolik karaciğer hastalığı, siroz, bazı otoimmün hastalıklar (sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, crohn hastalığı, kronik inflamatuvar demyelinizan nöropati), protein C ve S eksikliğine bağlı hiperkoagülabilité durumları, antifosfolipid antikor sendromu, obezite, diabetes mellitus, bazı kemoterapötik ajanlar, glukokortikoidler, varfarin ve yüksek doz vitamin D ve analoglarının kullanımı sayılabilmektedir¹. Hastamız da bu birliktelikler açısından değerlendirilmiş, obezite ve diabetes mellitus dışında eşlik eden başka bir hastalık saptanmamıştır. Tanı için histopatolojik bulgularda endovasküler fibrozis, fibrin trombüsü, intimal proliferasyon, obliteratif vaskülopati, doku iskemisi, kalsifikasyon, pannikülit ve subkütan yağ nekrozunun görülmesi yardımcıdır. Kalsiflaksi özellikle alt ekstremitede ülserle seyreden ve Tablo 1'de yer alan hastalıklarla karışabilmektedir, hastamız da bir yıl boyunca dış merkezde vaskülit tanısı ile takip edilmiş ancak uygulanan tedavilerden fayda görmemişti. Ayırıcı tanıda kliniğin yanı sıra ülserlerden alınacak deri biyopsisinde yukarıda bahsi geçen bulguların görülmesi yardımcıdır. Çünkü damar kalsifikasyonu Tablo 1.'de bahsi geçen hastalıkların histopatolojisinde beklenen bir bulgu değildir². Tedavide altta yatan hastalığın tedavisinin yanı sıra sodyumtiyosülfat, bifosfonat, sinakalset ve hiperbarik oksijen tedavisi uygulanabilmekte ancak prognoz mevcut tedavilere rağmen gelişen enfeksiyonlar, organ yetmezliği ve ağrı nedeni ile kötü seyirli ve mortal olabilmektedir³. Hastamız da uygulanan yara bakımı, debridman ve oral bifosfonat tedavilerine rağmen takipte 1.5 ay içinde gelişen sepsis nedeni ile kaybedilmiştir.

Bu olgu vesilesiyle bacak ülseri ayırıcı tanısında nadir görülen ancak mortalitesi yüksek olan bu hastalığın akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak, böbrek yetmezliği dışındaki durumlarda da görülebileceğine dikkat çekmek istedik.

Kaynaklar

1. Ng AT, Peng DH: Calciphylaxis. *Dermatol Ther* 2011;24:256-62.
2. Kalajian AH, Malhotra PS, Callen JP, et al: Calciphylaxis with normal renal and parathyroid function. *Arch Dermatol* 2009;145:451-8.
3. Dauden E, Oñate MJ: Calciphylaxis. *Dermatol Clin* 2008;26:557-6.

Tablo 1. Kalsiflaksi Ayırıcı Tanısı

- Antifosfolipit antikor sendromu
- Radyasyon arteriti
- Vaskülitler
- Distrofik kalsifikasyon
- Kolesterol embolisi
- Pannikülit
- Purpura fulminans
- Varfarin nekrozu
- Heparin nekrozu
- Kütanöz şarbon
- Pyoderma gangrenozum
- Aterosklerozis obliterans

Sorumuza doğru yanıt verenler arasında yapılan çekilişte kitap ödülünü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı'ndan Dr. Melike Aslan kazanmıştır.