

Ekstrafasiyal Rozasea: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

EXTRAFACIAL ROSACEA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Kenan AYDOĞAN*, Şaduman BALABAN ADIM**, Şükran TUNALI***

* Yrd.Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Uz.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

*** Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, BURSA

Özet

Rozasea yüzde yerleşen, persisten eritem, telenjiektazi, papül, püstül, akut kızarma ve ödem atakları ile karakterize sık görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Nadiren boyun, presternal alan, sırt, üst ekstremiteler, saçlı deri tutulumları bildirilmiştir ve bu durum tanısız olarak güçlük yaratır. Burada şiddetli fasiyal papulopüstüler rozaseaya ek olarak, topikal metronidazol ve sistemik tetrasikline iyi yanıt veren boyun, gövde, sırt, üst ekstremiteler ve saçlı deriyi etkileyen ekstrafasiyal eritematöz telenjiektatik rozasealı 47 yaşındaki bir erkek olgudan bahsedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekstrafasiyal rozasea, metronidazol, Tetrasiklin

T Klin Dermatoloji 2004, 14:156-161

Summary

Rosacea is a common, chronic inflammatory disorder of the skin of the face characterized by persistent erythema, telangiectasia, papules and pustules and acute episodes of facial flushing and swelling. In rare instances extrafacial lesions affecting neck, presternal area, back, extremities and bald area of the scalp are reported and this makes diagnosis quite difficult. We present a 47-year-old man responsive to topical metronidazole and systemic tetracycline with extrafacial erythematous telangiectatic rosacea affecting neck, trunk, back, upper extremities and scalp, in addition to severe facial papulopustular rosacea.

Key Words: Extrafacial rosacea, metronidazole, Tetracycline

T Klin J Dermatol 2004, 14:156-161

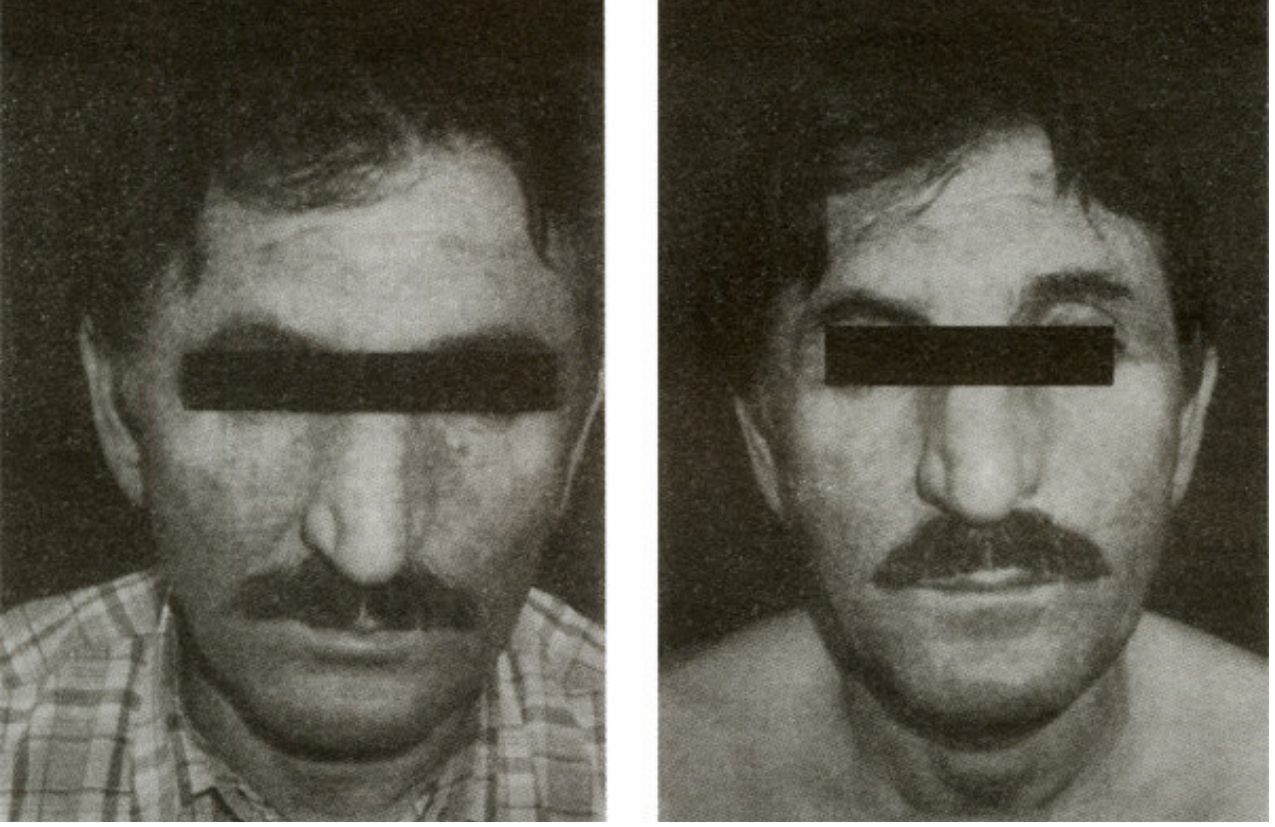
Rozasea yüzün santral bölgesinde simetrik olarak yerleşen, eritem, telenjiektazi ve rekürren papulopüstüler lezyonlarla karakterize kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1). Göz bulguları sık olarak görülmekte (2) ve nadir olarak retroauriküler alan, presternal bölge, boyun, sırt, saçlı deri, ekstremiteler, meme areolası ve epigatrium gibi ekstrafasiyal alanlar da tutulabilmektedir (3-10). Hatta son zamanlarda otik ve nazal rozaseanın da olabileceğinden bahsedilmektedir (11-13). Ancak tipik lezyonların yüzün konveks alanlarında bulunmasına karşın(1), bu topolojik merkezden başka diğer bölgelerdeki lezyonların daha siliik görünümü rozaseanın ayırımını gittikçe güçleştirmektedir(14). Nedeni bilinmeyen rozasea, temelde vasküler kutanöz bir deri hastalığıdır (1,14).

Burada şiddetli fasiyal papulopüstüler rozaseaya(PPR) eşlik eden, saçlı deri, boyun, gö-

ğüs ön yüz, sırt, ve ön kollar deri gibi ekstrafasiyal yerleşimli eritematoteljenjiektatik rozasealı (ETR) bir olgudan bahsedilerek ekstrafasiyal rozasea (EFR) kavramı literatür verileri ile ele alınmaktadır.

Olgu

47 yaşında, evli, maden işçisi erkek olgu, bir yıldan beri yüzde yanak, burun ve çenede zamanla artarak çoğalan akne benzeri lezyonlarla başvurdu. Yaklaşık 6 ay süre ile uyguladığı mometazon furoat ile lezyonların daha da arttığını ifade ediyordu. Öyküsünde ve sistem muayenesinde patoloji saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde yüzde yanak, çene ve alında yanma ve batma hissi veren eritemli, telenjiektatik zeminde papulopüstüler lezyonlar, boyun, göğüs ön yüz, önkollar, saçlı deri frontoverteks bölgesi ve sırtta eritemli zeminde çoğu dağınık, bir kısmı grupe papuler lezyonlar



Şekil 1 (A). Tedavi öncesi yüz lezyonlarının görünümü, **(B).** Tedavi sonrası yüz lezyonlarının görünümü.

vardı (Şekil 1A, 2A, 3A). Saçlı deri lezyonlarının olduğu alanlarda alopesik alanlar mevcuttu. Rutin kan kimyası, idrar analizi ve hemogram incelemeleri normal idi. Yüzde deri kazıntısında püstüller lezyonlarda cm^2 de >5 Demodex folliculorum görüldü. Ekstrafasiyal alanlarda demodex araması ve mikolojik inceleme negatifti. Serolojik incelemede *Helicobacter pylori* IgG pozitif, IgM negatifti. Serum immunglobulin ve kompleman düzeyleri normal sınırlar içinde idi. Histopatolojik incelemede fasiyal biyopsi örneğinde epidermiste fokal parakeratoz ve bazal kısımda spongioz; üst dermiste perivasküler alanda az sayıda polimorf lökosit, yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu vardı (Şekil 4A). Ekstrafasiyal lezyon biyopsisi, yüz lezyonuna benzer özellikteydi. Ayrıca epidermiste mononükleer hücre ekzositozu, dermiste eritrosit ekstrasvazasyonu vardı. Ancak vasküler ektaziler o denli yoğun değildi. EFR'de görülebilen granülom yapısı ve vaskülitik

komponent yoktu (Şekil 4B). Hasta yaygın fasiyal rozaseaya eşlik eden EFR olarak değerlendirildi. Sistemik 1 gram/gün tetrasiklin ve topikal %0.75'lik metronidazole jel günde iki kez uygulanması ile iki hafta sonunda, EFR lezyonları tama yakın gerilerken yüz lezyonlarında belirgin iyileşme oldu. Dördüncü hafta sonunda tekrar değerlendirilen olguda ekstrafasiyal lezyonların eritem ve telenjiektazi bırakmadan tamamen gerilediği görüldü. (Şekil 1B, 2B, 3B) Halen fasiyal rozasea için metronidazol jel kullanımı ile takibimizde olan hastada son iki aydır ekstrafasiyal alanlarda lezyon saptanmadı.

Tartışma

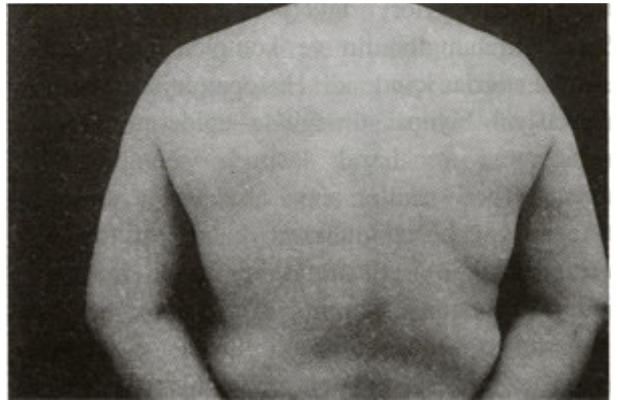
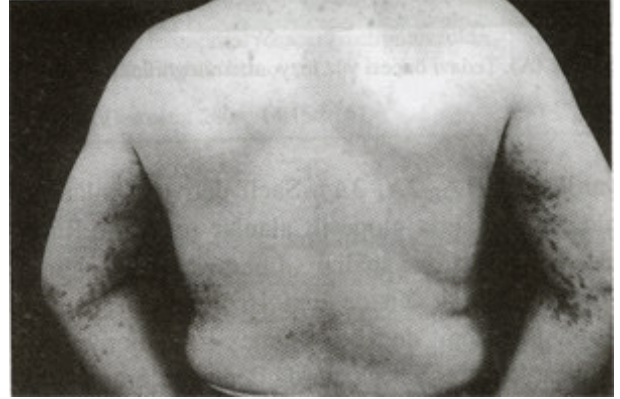
Rozasea genellikle yüzde burun, yanak, çene ve alında simetrik olarak yerleşen flushing epizotları, daha sonra eritem ve telenjiektazi ile nüks eden enflamatuvar papül ve püstüllerle seyreden, sık



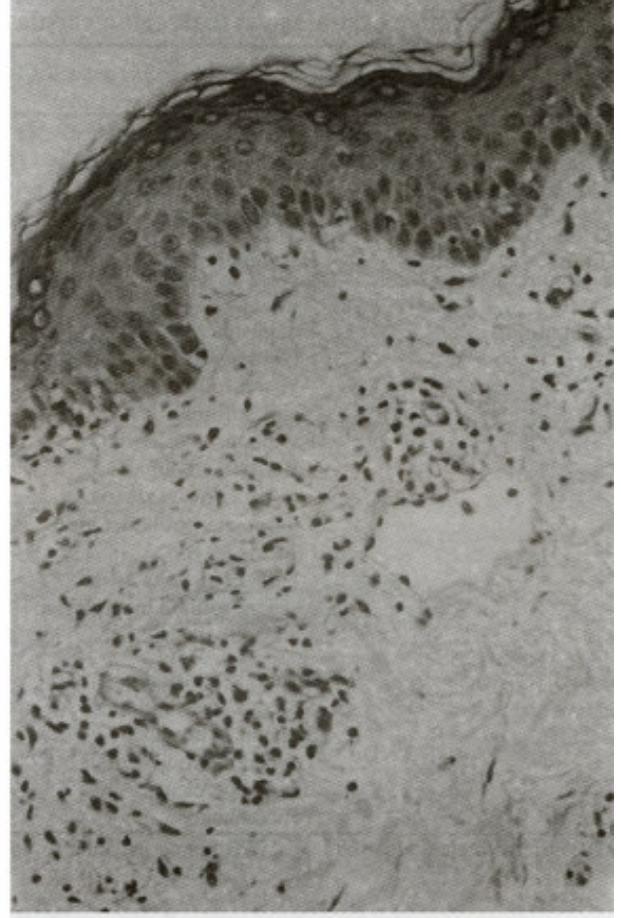
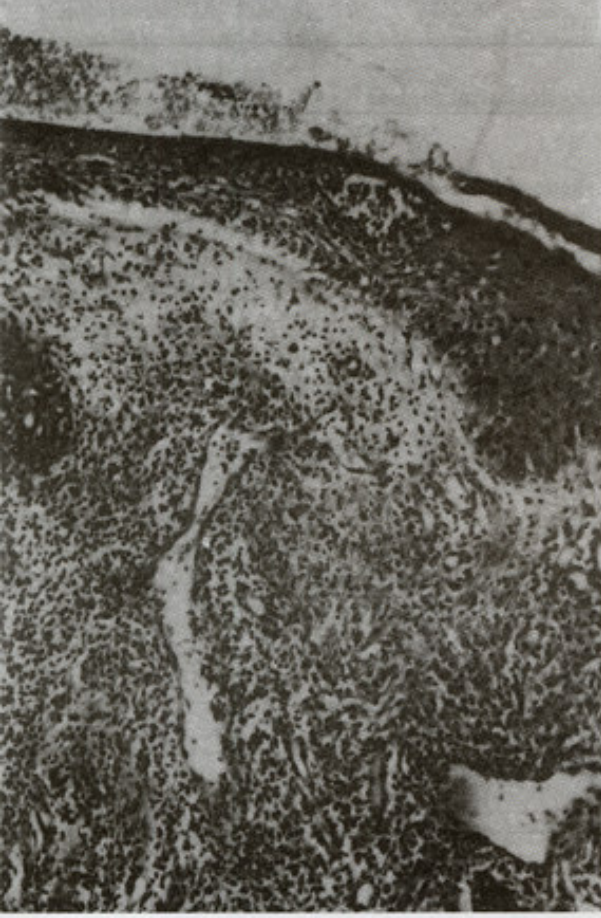
Şekil 2 (A). Tedavi öncesi önkol lezyonlarının görünümü, **(B).** Tedavi sonrası ön kol lezyonlarının görünümü.

görülen bir hastalıktır (1). Son zamanlarda yapılan bir epidemiyolojik araştırmada % 10'luk prevalans bildirilmiştir (15). Her iki cinsi de tutan bu hastalık herhangi bir yaşta başlamakla birlikte genelde tipik başlangıç yaşı 30 yaş üzeridir (5).

Rozasea bu kadar yüksek insidanda görülmesine karşın rozasea nosolojisi iyi belirlenememiş ve farklı klinik bulguları olan olgulara da rozasea terimi kullanılmıştır. Klinik bulgularının çeşitliliğine ek olarak etiyojisi ve patogenezi bilinmemektedir. Histolojik ya da serolojik markeri yoktur (1). Oldukça nadir görülen ekstrasfasiyal rozaseanın varlığı tartışma konusu olmuştur (11,12). National Rosacea Society Expert Committee yakın zamanda rozaseanın standart klasifikasyonu, evrelendirmesi ve tanısında rehber oluşturmuş ve ayrıca rozaseanın 4 subtipi (eritematotelanjiektatik rozasea, papulopüstüler rosacea, fimatöz ve okuler rozasea) ile bir varyantının (granulomatöz rozasea) olduğundan bahsetmişlerdir (16). EFR yada komitenin belirttiği gibi “periferik lokalizasyonlu rozasea” %2.1 gibi düşük bir oranda görülebilmektedir (3). Rozasea varyantlarından granulomatöz rozasede ekstrasfasiyal tutulum %15 oranlarına



Şekil 3 (A). Tedavi öncesi sırt lezyonlarının görünümü, **(B).** Tedavi sonrası sırt lezyonlarının görünümü.



Şekil 4 (A). Fasiyal rozase histopatolojisi; epidermiste fokal parakeratoz, bazal kısımda spongioz, üst dermiste nadiren perivasküler polimorf lökosit yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu, **(B).** Ekstrafasiyal rozasea histopatolojisi; fasiyal rozaseya benzemekle beraber vasküler ektazi belirgin.

ulaşmaktadır (6). EFR, fasiyal rozaseaya eşlik edebilir ya da etmeyebilir. EFR retroauriküler alan, presternal bölge, boyun, sırt, saçlı deri, ekstremiteler, el bileği, eller, epigastrium ve meme areolasında görülmektedir (3-13,17). Özellikle ekstremiteler yerleşimli olanlarında papüler bileşeni daha fazla olan koyu kırmızı ya da leylak renkli telenjektatik makulopapüler lezyonlar olarak görülmektedir (3,11). Nadiren ekstrafasiyal alanlarda papulopüstüler rozase (3,5) ya da papüler bileşeni olmayan ETR'de bildirilmiştir (4).

Marks ve Jones(3) fasiyal rozasealı olguları arasında, normal seyrinde kol ve bacaklarda papüler bileşeni fazla olan yaygın ETR olgulardan bahsetmiştir. Bu papüler lezyonların histopatolojik özellikleri fasiyal rozaseaya benzemekle birlikte daha belirgin vasküler ektaziler saptamışlar ve

temel histopatolojik özellik olarak üst ve orta dermiste damarlar çevresinde perivasküler ödem, gevşek olarak dağılmış lenfositik infiltrasyon ve fokal granülom gelişiminden, bazı olgularda da vaskülitik bulgulardan bahsetmişlerdir. Ancak biz olgumuzda periferik lezyonlarda Katugampola ve ark. (7) ile uyumlu olarak belirgin bir vasküler ektazi ve granüloma yapısı gözlemlenemedi. Olgumuzda hem fasiyal hem de ekstrafasiyal lezyonların histopatolojik özellikleri rozasea ile uyumlu idi (18). Tablo 1'de fasiyal ve ekstrafasiyal rozaseanın karşılaştırılması görülmektedir (3-13).

Topikal steroid kullanımı rozaseayı başlatabilir (steroid rozasea) (19) ya da yüz dışında başta saçlı deriye olmak üzere diğer bölgelere rozaseanın yayılmasına yol açabilir (20). Bizim olgumuzda 6 ay süreli mometazon furoat gibi potent etkili

Tablo 1. Fasiyal ve ekstrasfasiyal rozaseanın karşılaştırılması

	Fasiyal rozasea	Ekstrasfasiyal rozasea
Görülme sıklığı	%10	%2.1
Lokalizasyon	Burun, yanak, alın, glabella, çene	Retroauriküler alan, presternal alan, sırt boyun saçlı deri, ekstremiteler, areola mamme, epigastrium
Klinik	Epizodik eritem ETR, PPR, fimatöz	ETR, PPR, nadiren epizodik eritem
Histopatoloji	Nonpüstüler lezyon; Nonspesifik perivasküler, ve perifoliküler lenfositik infiltrasyon Papulopüstüler lezyon Belirgin granulomatöz infiltrasyon, elaztozis, bazen perifoliküler abse Fimatöz lezyon Diffüz bağ doku artışı, sebace follikül hiperplazisi elastotik değişiklikler	Üst ve orta dermiste perivasküler ödem ve gevşek olarak dağılmış lenfositik infiltrasyon, fokal granülom gelişimi, Daha belirgin vasküler ektazi Nadiren vaskülitik bulgular
Tedavi	Sistemik tetrasiklin Sistemik metronidazol Sistemik eritromisin Topikal metronidazol Benzoil peroksit Topikal kükürt	Sistemik tetrasiklin, eritromisin Topikal metronidazol, iktiyol Kükürtlü kremler Topikal steroidler

ETR; eritematotelenjektatik rozase, PPR; papulopüstüler rozasea

topikal steroid kullanımı ve buna bağlı olarak yüzde özellikle yanaklarda belirgin telenjektazi ve steroid atrofisi vardı. Ayrıca sol frontoverteks bölgesinde eritemli papulopüstüler lezyonlar ve alopesik alanlar vardı. Literatürde de benzer şekilde rozaseaya bağlı saçlı deride erkek tipi kelliğe benzer tablonun varlığından bahsedilmektedir(5).

Rozasea tedavisinde çoğunlukla ampirik olan çok sayıda tedavi yöntemi vardır. Bunlar arasında yüz masajı, oral antibiyotikler, dapson, oral kontraseptifler, oral metronidazol, topikal antibiyotikler, kükürtlü merhemler, antifungal ilaçlar, benzoil peroksit ve topikal metronidazol bulunmaktadır. Buna karşın oral tetrasiklinler ve topikal metronidazol'un etkili olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır(17). Ekstrasfasiyal lezyonların tedavisinde sistemik tetrasiklin, eritromisin, topikal steroidler, iktiyol, kükürtlü merhemler ve topikal metronidazol kullanımından bahsedilmektedir (3-10). Olgumuzda iki hafta sistemik tetrasiklin ve dört hafta topikal metronidazol jel kullanımında

ekstrasfasiyal alanlarda tama yakın gerileme olurken, yüzdeki papulopüstüler lezyonlarında da gerileme saptanmıştır. Ancak yüzde topikal steroid kullanımına bağlı deri atrofisi ve telenjektazide önemli değişiklik olmamıştır.

Sonuç olarak yüz gibi güneşe maruz kalan alanların dışında, özellikle pilosebace ünitenin az olduğu alanlarda da görülebilen ekstrasfasiyal rozasea bu hastalığın internal ve eksternal faktörlerin kombinasyonu sonucu oluşan vasküler temele dayanan bir hastalık olduğunu desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Logan RA. Rosacea. Retinoids Today Tomorrow 1993;33:9-12.
2. Jenkins MS, Brown SI, Lempert SL, Weinberg RJ. Ocular rosacea. Am J Ophthalmol 1979;88:618-22.
3. Marks R, Wilson Jones E. Disseminated rosacea. Br J Dermatol 1969;81:16-28.
4. Wilkin JK. Epigastric rosacea. Arch Dermatol 1980;116:584.
5. Gajewska M. Rosacea of common baldness. Br J Dermatol 1975;93:63-6.

6. Helm KF, Menz J, Gibson LE, Dichen CH. A clinical and histopathologic study of granulomatous rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:1038-43.
7. Katugampola GA, Lanigan SW. A case of extrafacial rosacea responding to topical metronidazole. *J Dermatol Treat* 1998;9:111-5.
8. Rockl H, Schropl F, Scherer M. Rosacea mit extrafaciale localization. *Hautarzt* 1969;20:348-51.
9. Fountain R, Sarkany I. Acne rosacea. *Proc R Soc Med* 1967;60:1130.
10. Fisher I. Areolar rosacea. *Cutis* 1974;24:279.
11. Ayres S. Extrafacial rosacea is rare but does exist. *J Am Acad dermatol* 1987;16:391-2.
12. Dupont C. How common is extrafacial rosacea?. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:839-42.
13. Malak J. Otic rosacea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:479.
14. Wilkin JK. Rosacea. Pathophysiology and treatment. *Arch Dermatol* 1994;130:359-62.
15. Berg M, Liden S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol* 1989;69:419-23.
16. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standart classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:584-7.
17. Jausen T, Plewing G. Rosacea: classification and treatment. *R C Soc Med* 1997;90:144-50.
18. Abell E. Inflammatory disease of the epidermal appendages and of cartilage. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, editors. *Lever's Histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1997. p.403-21.
19. Savin J, Alexander S, Marks R. Rosacea-like eruption of children. *Br J Dermatol* 1972;87:427-9.
20. Sneddon IB. Effect of fluorinated steroids on rosacea. *Br J Dermatol* 1969;1:671-5.

Geliş Tarihi: 20.08.2003

Yazışma Adresi: Dr.Kenan AYDOĞAN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD
16059 Görükle, BURSA
aydogank@uludag.edu.tr