

# dermatoloji

## Ekstremitelerde Yerleşen Deri Hastalıkları (I)

Atıf TAŞPINAR \*

### BROMODERMA

Halogenlere bağlı deri döküntüleri bilhassa brom ve iodla ortaya çıkmakta ve daha az olarak da klor ile oluşabildiği görülmektedir. Genellikle yetişkinlerde ortaya çıkan ve kadınları biraz daha fazla tutan halogenodermalar arasında bromoderma daha çok ekstremiteleri, iododerma ise yüzü tutması ile tanınır.

Bunanla beraber, yaygın ve şiddetli seyreden olgularda bromodermanın, yüzde ve hatta ağız mukozasında da lokalize olduğu görülebilir.

Klinikte nodüler, vegetatif ve ilk bakışta karbonkulu andıran deriden oldukça kabarık mor kırmızı bir halka ile çevrilmiş sulanmaya ve kanamaya meyilli net hudutlu tümöral lezyonlar olarak görülürler (Şekil 1). Akneik erüpsiyon tarzında püstüller dağınık elemanter lezyonlara da rastlamak mümkündür.

Tedavisi alınmakta olan bromun kesilmesi, vücutta biriken bromun atılmasını hızlandırmak amacıyla Sodyum veya Amonyum clorür vermek; şiddetli ve ağır seyreden olgularda kortikosteroidlerin kullanılması ile yapılı ve yüz güldürücüdür.



Şekil -1

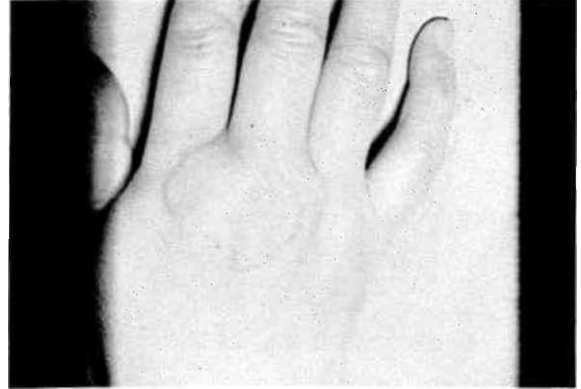
### DERMATİTİS FACTİTİA

Kişinin bilerek veya bilmeyerek, çeşitli fizik ve şimik ajanlarla derisinde meydana getirdiği lezyonların tümü Artificiel Dermatitisi veya Dermatitisi Factitia adı altında toplanır.

Dermatitisi Factitia belirtilerine vücudun her bölümünde rastlamak mümkünse de özellikle ekstremitelerde göz önünde olan vücut bölümleri olarak kişinin, fizik ve şimik ajanları rahatlıkla uygulayabileceği



Şekil -2



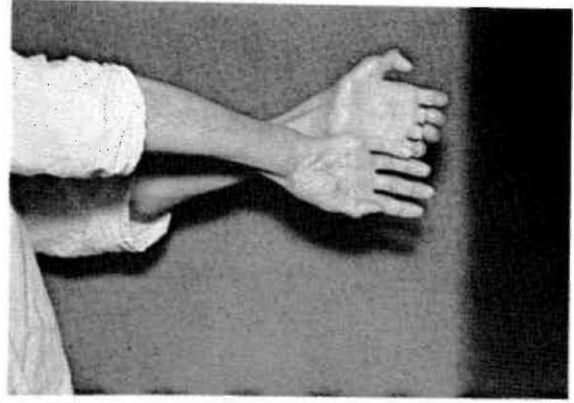
Şekil -3

\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı öğretim Üyesi

Not: Resimler A.Ü. Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı fotoğraf arşivinden alınmıştır.



Şekil - 4



Şekil 7



Şekil-5



Şekil 8



Şekil-6



Şekil 9

kısımlardır. Bu tip dermatozların lokalizasyon açısından en büyük özellikleri, ne kadar yaygın olursa olsunlar, elin yetişemeyeceği vücut bölümlerinde görülmemeleridir.

Böyle bir deri belirtisi oluşturmak için kişinin kullanacağı ajanlar çok çeşitli olmakla beraber özellikle primer iritan niteliği taşıyan destrüksiyon kaabiliyeti yüksek ve penetrasyonu yüzlek şimik maddeler ve yüksek derecede ısıtılmış katı maddeler dahasıklıkla kullanılmaktadır.

Hemen hemen ortak elemanter lezyon olarak eritem, bül ve derin olanlarda da nekroz görülür. Seyir lezyonun tabiatına bağlı olmakla beraber kısa ve iyiliğe doğrudur. Regenerasyon hızla ortaya çıkar. Psikşik problemlerin çözülmesi, hastanın sıkı takibi, kullanılan maddenin uzaklaştırılması yeni lezyonların oluşunu engeller.

Şekil 2'de bu şekilde, kostik etki gösteren bir otun kapalı uygulaması ile oluşmuş bir dermatitis factitia görülmektedir.

Tedavi lezyonun tipine göre genel dermatolojik prensipler içinde yapırsa da hastanın psikiatrik konsültasyonu ihmal edilmemelidir.

### GRANULOMA ANNULARE

Etyolojisi karanlık, iyi tabiatlı, granulomatöz bir hastalıktır. Kişinin değişik infeksiyon ve fizik ajanlara karşı yapısal cevap verme bozukluğu olarak kabul edilmektedir, özellikle travmaya açık vücut bölümlerinde yerleştiği görülmektedir.

Klinik olarak bir araya gelmiş papülerin oluşturduğu grup halinde Deriden kabarık plaklar halinde görülür. Zamanla plakların orta kısmında bir çökme ortaya çıkarak görünüş at nalı şeklini alabilir. Renk daima açık kırmızı pembe olarak kalır.

Şekil 3'de soliter bir granuloma annulare olgusu görülmektedir. Bazı olgularda bu tip lezyonlar soliter, papul şeklinde aynı karakteri gösteren lezyonlarla tüm ekstremitelere yayılmış olarak bulunabilir. (Dissémine tip).

Hastalığın seyri oldukça uzun olmakla beraber, kendiliğinden iyileşmesi daima mümkündür. İyileştiğinde belirgin iz bırakmaz. Ancak dissémine formlarda tedavi gerekebilir. Sistemik kortikosteroid tedavisinden istifade edebilir. Soliter ve inatçı formlarda kortikosteroid oklüzyon tedavisi veya lezyon içi kortikosteroid zerkler denebilir.

### LEPRA

Ekstremitelerde çeşitli tip ve karakterlerde bozukluk yapan hastalıkların başında lepra gelir. Leprada görülen ekstremitel lezyonlarının bir kısmı doğrudan doğruya Hansen basilinin yaptığı belirtilerle beraber bir kısmı da hastalıkta ortaya çıkan müsait zeminde sekonder karakterli faktörlerle oluşurlar.

Lepranın klinik seyrinde her zaman için görülmesi mümkün değişik tipteki lekeler ekstremiteleri de seveerek tutar ve yerleşir. Ancak, Lepromatöz olgularda bu lokalizasyon çok daha belirgindir. Bu tip lekelerin ana karakteri, çaplarının küçük, sınırlarının silik, sayılarının çok ve ekstremitel lokalizasyonlarının simetrik olmasıdır. Ortak karakter olarak bütün lekeler anestezi ile birlikte seyredirler (Şekil 4).

Yine lepromatöz formda, ekstremitelerde özellikle diz, dirsek, el ve ayak bilekleri ekstansiyon yüzlerinde lepromlarda seveerek yerleşir. Deriden kabarık, yarım küre şeklinde, bakır kırmızısı rengindeki bu nodüler lezyonlar bir araya gelerek infiltratif plaklar oluşturabilirler. Büyük kitleler yaptıklarında dolanım üzerine tazyik ederek uçlarda elefantiazis gelişmesine de sebep olabilirler (Şekil 5).

Diz ve dirseklerde yerleşen lepromların iyileşmesi ile veya anesfik olan bu bölgelerde çeşitli travmatik ve termik faktörlerle oluşan büllerin açılmalan sonucu gelişen derin eksülserasyonların rejenerasyonu ile bu bölgelerde atrofik sikatrislerin ortaya çıktığı görülür. Diz ve dirsekte lokalize ve atrofik sikatrisler, ömür boyu kalıcı karakter gösteren lepra belirtisi olarak önem taşırlar (Şekil 6).

Leprada, periferik sinirlerin hastalığa iştiraki ile özellikle tüberküloid leprada görülen paraliziler el ve ayak fonksiyonlarını bozarak çeşitli deformiteler oluşturabilirler. Ellerde, opposisyon hareketinin ortadan kalkması, metacarpo2alangeal eklem seviyesinde hiperekstansiyon ve enterfalangeal eklem seviyesinde hiperfleksiyonun gelişmesi ile parmaklar parmar yüze doğru bükülürler. Kavrama hareketi ortadan kalır (Pençe el) (Şekil 7).

Elde kemiklerin hastalığa iştiraki ile rezorbsiyon mutilasyonu ortaya çıkarak parmaklar kaybolur. Bu arada, leprada -görülen bu rezorbsiyon mutilasyonunda tırnakların hastalığa iştirak etmeyerek sağlam kalması ve kaybolan bir falankstan sonra alttaki falanks ucuna yapışarak sebat etmesi değişmez bir karakter olarak daima tesbit edilir (Şekil 8).

Ayaklarda, yine periferik paralizilere bağlı olarak ortaya çıkan ilk bulgu pes planus'tur. Bunu takiben ayakta supinasyon rotasyonu başlar. Parmaklar, dorsal yüze doğru heperekstansiyon ile çekilir, ve yerle temasları azalarak, kaybolur. Tüm ayak ekstan-sorlarının hastalığa iştiraki ile de düşük ayak meydana gelir, ve tipik lepralı yürüyüşü ortaya çıkar.

özellikle ayak tabanında ve dış malleollerde, his kaybının desteklediği zeminde, ayak kemiklerine intikal eden vücut yükünün dağılımındaki bozukluk sonucu atonik karakterli geniş ve kapanmaya karşı meyli zayıf ülserler ortaya çıkar. Bunlara Mal Perforant özel adı verilir. (Şekil 9).

### KAYNAKLAR

1. Degos R. Dermatologie, Ed. Med. Flammarion, Paris, Mise a jour 1979.
2. Demis D., Dopson R.L., McGuire: Clinical Dermatology, Herper and Pow Pub., London, 1976.
3. Domokos A.N. : Andrew's Diseases of the Skin, Saunders Comp., London, 1971.
4. Duperrat B. : Precis de Dermatologie. Masson etC. Ed., Paris, 1959.
5. Fitzpatrick T.B. ve Ark. : Dermatology in General Medicine, McGraw Phill Comp., USA, 1971.
6. Moschella SX., Pilsbury DAI., Hurley H.: Dermatology, Saunders Comp. London, 1971.
7. Nemlioğlu F. : Deri Hastalıkları, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültes Yay., İstanbul, 1979.
8. Rook A, Wilkinson D.S., Ebling F.G.: Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Pub., London, 1972.
9. Stewart W.M., Danto J.L., Maddin S.: Synopsis of Dermatology, Mosby Comp., Saint Louis, 1970.
10. Taşpınar Atif : Bir Bromoderma Tuberosum Vak'ası, Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 2, Sayı 2, 289-295, 1973.
11. Tat A.L. ve Ark. : Deri ve Zührevi Hastalıklar, A.Ü. Tıp Fak. Yay., Ank, 1981.
12. Temel Tedavi : Fidan Kitabevi, Ankara, 1983.