

# Foliküler Oklüzyon Triadı Olan Bir Olgu

## A CASE OF FOLLICULAR OCCLUSION TRIAD

Dr.Deniz KIRÇUVAL,<sup>a</sup> Dr.Binnur TÜZÜN,<sup>a</sup> Dr.Caner KORKUT<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji AD, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, EDİRNE

### Özet

Akne konglobata, hidradenitis süppürativa ve disekan selülit bir arada görülebilen hastalıklardır. Bu tablolar "foliküler oklüzyon triadı"nı oluşturur. Bu üç tabloya ek olarak, pilonidal sinüs de görüldüğünde "foliküler oklüzyon tetradı" oluşur. Foliküler oklüzyon triadı olarak değerlendirdiğimiz bir olgu nedeni ile, bu üç hastalığın klinik özellikleri ve tedavisi vurgulanmaktadır.

Akne konglobata, hidradenitis süppürativa ve pilonidal sinüs tanımlarını almış, 22 yaşında, bir erkek hasta sunulmaktadır.

Olgumuzun yüz, ense ve boynunda nodülökistik lezyonlar, çok sayıda açık ve kapalı komedon ve yüzde yer yer sikatriyel alanlar mevcuttu. Bilateral aksiller bölgede eski fistül ağızları yerinde atrofik alanlar bulunuyordu. Sol inguinal bölgede 3×3cm çapında apse oluşumu, sakrokoksigeal ve perianal bölgede multipl sinüs ağızları vardı.

Disekan selülit olmaksızın, akne konglobata, hidradenitis süppürativa ve pilonidal sinüs tanımlarını almış olgumuz "foliküler oklüzyon triadı" olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Akne konglobata, hidradenitis süppürativa, Pilonidal sinüs

**T Klin J Med Sci 2004, 24:291-294**

### Abstract

Acne conglobata, hidradenitis suppurativa and dissecting cellulitis are diseases that may present together. These three diseases form the "follicular occlusion triad". If pilonidal sinus is seen in addition to these diseases, the "follicular occlusion tetrad" forms. Some authors have designated these four diseases as the "Acne inversa tetrad". In the following case of an occurrence of follicular occlusion triad, we determine the clinical features and therapy of the three involved diseases.

A 22 year-old male patient diagnosed with acne conglobata, hidradenitis suppurativa and pilonidal sinus presented with many open and closed comedones as well as cicatricial areas on the face. In addition, several nodulocystic lesions on the neck and nape were observed. Atrophic areas surrounding old fistule mouths were seen bilaterally in the axillae. In the left inguinal area was an abscess measuring 3×3 cm in diameter. Multiple sinus openings were noted in the sacrococcygeal and perianal areas. Although in this case no dissecting cellulitis was remarked, the diagnosis of acne conglobata, hidradenitis suppurativa and pilonidal sinus lead to the resulting evaluation as "follicular occlusion triad".

**Key Words :** Acne conglobata, hidradenitis suppurativa, pilonidal sinus

**A**kne konglobata, hidradenitis süppürativa ve disekan selülit bir arada görülebilen hastalıklardır. Bu tablolar "foliküler oklüzyon triadı"nı oluşturur. Bu üç tabloya ek olarak pilonidal sinüs de görüldüğünde "foliküler oklüzyon tetradı" oluşur.<sup>1-3</sup> Akne konglobata; genellikle erişkin dönemde görülen komedon, nodül, apse, sinüs traktüsleri ve sikatrisler ile

karakterize, kronik seyirli bir hastalıktır. Koagülaz pozitif stafilokoklar veya beta-hemolitik streptokoklara bağlı gelişen gerçek bir piyodermi olarak kabul edilir. Hidradenitis süppürativa; deri ve subkutan dokuyu tutan kronik seyirli ve sikatrisle sonlanmaya eğilimli bir hastalıktır. Stafilokoklar, streptokoklar ve Esherichia coli en sık rastlanan etkenlerdir. Başlıca aksilla (bilateral), anogenital bölge ve kadınlarda meme altında yerleşir. Asıl defekt foliküler epiteldedir, apokrin ter bezi tutulumu sekonderdir.<sup>4</sup> Pilonidal sinüs; sakral bölgede yerleşen, epitel ve granülasyon dokusu ile çevrili, kıl içeren kistik oluşumlardır. Oluşumunda embriyonik gelişim bozukluğunun rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>5</sup>

**Geliş Tarihi/Received:** 20.08.2003 **Kabul Tarihi/Accepted:** 14.04.2004

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr.Deniz KIRÇUVAL  
Muammer Aksoy Cad. Ayça Apt. No:75 Daire:1  
Kutlutaş 22030 EDİRNE  
oktayden@hotmail.com

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

## Olgu

R.D, 22 yaşında, erkek hasta, 8 ay önce yüzünde, koltuk altında ve kasıklarında oluşan akıntılı, kırmızı şişlikler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin ilk defa, 17 yaşında yüzünde başladığını, 2 yıl sonra koltuk altında ve 3 yıl sonra da kasıklarında benzer lezyonların çıktığını ifade etti. Özgeçmişte; 7 yıldır günde 1 paket sigara içmesi dışında özellik yoktu. Soygeçmişte özellik saptanmadı. Fizik muayenede, tüm sistem muayeneleri normaldi.

Dermatolojik muayenede; yüzde, ensede ve boyunda nodülökistik lezyonlar, çok sayıda açık ve kapalı komedon ve yüzde yer yer sikatrisyel alanlar mevcuttu. Bilateral aksiller bölgede eski fistül ağızları yerinde atrofik alanlar bulunuyordu (Şekil 1). Sol inguinal bölgede 3×3cm çapında abse oluşumu, sakrokoksigeal ve perianal bölgede multipl sinüs ağızları vardı (Şekil 2).

Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımı, tam idrar ve biyokimya tetkiklerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Sedimentasyon hızı artmıştı (22mm/saat).

Hastanın yüz ve ensedeki lezyonları akne konglobata, aksiller bölgedeki lezyonlar hidradenitis süpurativa, sakrokoksigeal ve perianal lezyonlar pilonidal sinüs ile uyumlu bulundu. Bu üç tablonun birarada bulunması "Foliküler Oklüzyon Triadi" olarak değerlendirildi. Olgumuzda disekan selülit saptanmadı.

Uzun süreli sistemik antibiyotik tedavisine cevap vermemesi üzerine, olgumuza 40mg/gün fluokortolon ve 1000 mg/gün metronidazol tedavisi peroral olarak başlandı. 1 hafta sonra yeni çıkan lezyonların olması nedeniyle sistemik kortikosteroid dozu artırılarak fluokortolon 50 mg/gün'e çıkarıldı. 6 hafta sonra metronidazol kesildi ve sistemik kortikosteroid dozu azaltılarak 2 aya tamamlandı. 2 aylık bu tedaviden yeterli yanıt alınmadığından tedaviye peroral izotretinoin 80mg/gün (1mg/kg/gün) ile devam edildi. Pilonidal sinüs tedavisi için Genel Cerrahi Kliniğinde cerrahi girişim planlandı.

## Tartışma

Akne konglobata; genellikle erişkin dönemde görülen komedon, nodül, apse, sinüs traktüsleri ve sikatrisler ile karakterize, kronik seyirli bir hastalıktır. Koagülaz (+) stafilokoklar veya beta-hemolitik streptokoklara bağlı gelişen gerçek bir piyodermi olarak kabul edilir. Olguların çoğu erkektir. Lezyonlar sırt, karın, boyun, yüz ve ekstremitelerde yerleşebilir. Deri altında birbirine bağlı, iki-üç açıklığı olan siyah noktalar şeklinde "çift komedonlar" hastalığın tipik bulguları arasında yer alır. Genellikle lezyonlar sikatris ile iyileşir. Uzun süreli sistemik antibiyotik, yüksek doz izotretinoin ve sistemik kortikosteroid gibi tedavilere rağmen yeni lezyon çıkışını baskılamak ve sikatrizasyonu önlemek mümkün olmayabilir.<sup>2,3</sup>



Şekil 1. Yüzde; nodülökistik lezyonlar ve sikatrisler, bilateral aksiller bölgede; sinüs ağızları ve atrofik alanlar



Şekil 2. Sakrokoksigeal ve perianal bölgede multipl sinüs ağızları

Hidradenitis süppürativa; deri ve subkutan dokuyu tutan, kronik seyirli ve sikatrisle sonlanmaya eğilimli bir hastalıktır. Daha çok terminal saç kılları ve apokrin bezlerin bulunduğu deri alanlarında görülür. Daha önceleri apokrin ter bezlerinin kronik, süppüratif bir hastalığı olarak bilinirken, günümüzde asıl defektin foliküler epitelde olduğu düşünülmektedir. Apokrin bez tutulumu tesadüfidir veya terminal kıl folikülünü tutan değişimlere sekonderdir. Sekonder olarak bakteriyel kolonizasyon olabilir. Streptokoklar, stafilokoklar ve Echerchia coli sık rastlanan etkenlerdir. Bu kolonizasyon inflamasyonu artırır. Ailesel formları da vardır.<sup>3,6</sup> Zisova ve Sakakushev,<sup>7</sup> akne tetrad sendomu olan bir ailede, iki kız kardeşten birinde üç (hidradenitis süppürativa, akne konglobata, pilar kist), diğesinde dört (hidradenitis süppürativa ,akne konglobata, pilar kist, disekan selülit) hastalığın bir arada bulunduğunu, ayrıca ailede akne ve pilar kiste yatkınlık olduğunu bildirmişlerdir.<sup>7</sup> Ailesel olgularda yapılan incelemeler, hastalık geçişinin otozomal dominant kalıtımla uyumlu olduğunu göstermiştir.<sup>6</sup> Olgumuzun ailesinde benzer şikayeti olan yoktu. Hiperandrojenizm, Tip 2 diabetes mellitus, sigara kullanımı, kimyasal iritanlar (deodorantlar), mekanik irritasyon (epilasyon ve traş) bazı araştırmacılar tarafından etyolojik faktörler olarak düşünülmelerine rağmen her zaman eşlik etmezler. Olgumuzda etyolojik faktörler araştırıldı, günde bir paket sigara içimi dışında özellik saptanmadı. Hidradenitis süppürativanın başlangıç lezyonu, derin dermal inflamasyon sonucu ortaya çıkan ağrılı, kırmızı bir fronküle benzer nodüllerdir. Bu nodüller zamanla genişler ve sonunda sinüsler, fistüller ve skarlara yol açacak şekilde açılırlar. Sadece küçük ve yüzeysel lezyonlar skar bırakmadan iyileşir. Hipertofik sikatrisler fonksiyon bozukluğuna yol açabilir.<sup>2,3</sup>

Literatürde akne konglobata ve hidradenitis suppurativa ile birlikte görülen osteoartiküler manifestasyonlar bildirilmiştir. Bunlar; miyalji ve artralji ile beraber olan, ateş, nekrotik deri lezyonlarının da eşlik ettiği, bir veya daha fazla eklem tutulumu ile seyreden osteoartiküler değişikliklerdir.<sup>8</sup> Olgumuzdan alınan anamnez ve yapılan fizik muayene sonucunda osteoartiküler değişikliği düşündürecek bulgu saptanmamıştır.

Disekan selülit; saçlı derinin nadir, kronik süppüratif bir hastalığıdır. Erkeklerde ve 18-40 yaşlar arasında daha sıktır. Genelde ensede başlayıp, saçlı derinin büyük kısmına yayılan gruplaşmış, sert ve ağrılı nodüller şeklinde başlar. Saçlar cerahat sızan foliküllerden kolayca ayrılır. Süpüre olan nodüller dışarı açılarak, sinüs traktüsleri oluşturur. Seropürülan akıntı uzun süre devam eder. Sikatrisyel alopesi ve keloid oluşumuna yol açar.<sup>1,3</sup> Olgumuzda disekan selülit saptanmadı.

Pilonidal sinüs; sakral bölgede yerleşen, epitel ve granülasyon dokusu ile çevrili, kıl içeren kistik oluşumlardır. Oluşumunda embriyonik gelişim bozukluğunun rol oynadığı düşünülmektedir. Genellikle erkeklerde ve ilk bulguları 15-25 yaşlar arasında ortaya çıkar. Tipik olarak sakrokoksigeal eklem ve koksiksin ucu arasında kalan bölgede, orta hat üzerinde yerleşir. Bir veya birkaç sinüs açıklığından kötü kokulu, kanla karışık ve bazen kıl kümeleri de içeren akıntı olur. Alttaki dokulara endürasyon ile kızarıklık, şişme ve hassasiyet gibi hafif inflamatuvar belirtiler eşlik eder.<sup>5</sup>

Akne konglobata, hidradenitis süppürativa ve disekan selülit bir arada görüldüğünde foliküler oklüzyon triadını oluşturan hastalıklardır. Bu üç tabloya ek olarak pilonidal sinüs de görüldüğünde foliküler oklüzyon tetradı oluşur.<sup>1-3</sup> Ancak Plewigend ve Steger (1989) bu dört tabloyu "Akne inversa tetradı" olarak değerlendirmektedir.<sup>9</sup>

Olgumuzda akne konglobata, hidradenitis süppürativa ve pilonidal sinüs mevcuttu. Bu üç tablonun bir arada bulunmasını foliküler oklüzyon triadı olarak değerlendirdik. Olgumuzda disekan selülit saptanmadı.

Akne konglobata ve hidradenitis suppurativa tedavisinde uzun süreli ve yüksek doz izotretinoin kullanımıyla başarılı sonuçlar bildirilmiştir.<sup>10</sup> Olgumuza kliniğimize başvurmadan önce bir yıl çeşitli sistemik antibiyotik tedavileri uygulanmış, ancak lezyonlarda gerileme olmamıştır. Kliniğimizde uygulanan iki aylık sistemik kortikosteroid ve altı haftalık sistemik metronidazol tedavilerinin de etkili olmaması üzerine peroral 80mg/gün (1mg/kg/gün) izotretinoin tedavisi başlanarak takibe alınmıştır.

**KAYNAKLAR**

1. Chicarilli ZN. Follicular occlusion triad: hidradenitis suppurativa, acne conglobata, and dissecting cellulitis of the scalp. *Ann Plast Surg* 1987; 18(3):230-7.
2. Papadopoulos AJ, Kihiczak G, Schwartz RA. Hidradenitis suppurativa. *Acta Dermatovenerologica* 2000; 9(4): 312-8.
3. Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Brethnach SM, editors. *Textbook of dermatology*, 6<sup>th</sup> ed. Milan: Blackwell Science Ltd; 1998.p. 1097-179.
4. Highet AS, Warren RE, Weekes AJ. Bacteriology and antibiotic treatment of perineal suppurativa hidradenitis. *Arch Dermatol* 1988; 124:1047-51.
5. Testini M, Miniello S, Di Venere B, Lissidini G, Esposito E. Perineal pilonidal sinus: case report. *Ann Ital Chir* 2002; 73(3):339-41.
6. Kuster W, Rodder-Wehrmann O, Plewig G. Acne inversa. *Hautarzt*. 1991; 42(1):2-4.
7. Zisova L, Sakakushev B. Acne tetrad in a family. *Folia Med (Plovdiv)* 1994; 36(4):51-7.
8. Courouge-Dorcier D, Reguilhem O, Brucher C, Delaunay MM, Geniaux M. Acne and osteoarticular manifestations. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1987; 54(10):637-42.
9. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WH: *Dermatology*. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer-Verlag; 2001. p. 1051-81.
10. Boer J, Van Gemert MJ. Long-term results isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1999;40(1):73-6