

Parapsoriasis Grubu Hastalıkların Klinik ve Histopatolojik Değerlendirilmesi

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL EVALUATION OF PARAPSORIASIS

Muammer PARLAK*, Teoman ERDEM**, Akın AKTAŞ*, Sebahat KOT***

* Doç.Dr.Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

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

*** Prof.Dr.Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD. ERZURUM

Özet

Çalışmamızda kliniğimize başvuran 58'i parapsoriasisli olgunun klinik ve histopatolojik özellikleri retrospektif olarak incelendi. Olguların %36.2'sinin büyük plaklı parapsoriasis (BPKP), %25.5'inin pityriasis lichenoides acuta (PLA), %17.3'ünün pityriasis lichenoides chronica (PLK), %15.5'inin küçük plaklı parapsoriasis (KpPP) ve %5.2'sinin lenfomaloid papillozis (LP) olduğu saptandı. Klinik ve histopatolojik benzerlik gösteren küçük plaklı parapsoriasis, büyük plaklı parapsoriasis, pityriasis lichenoides akma ve pityriasis lichenoides kronikinin ayırıcı tanısının zorluğu vurgulandı. Mikozis Fungoides'e dönüşebilmeleri nedeniyle bu tabloların lam ve ayırıcı tanılarının gerekliliği hatırlatıldı.

Anahtar Kelime: Parapsoriasis

T Klin Dermatoloji 1998, 8:61-66

Parapsoriasis terimi klinik ve histopatolojik benzerlik gösteren bir grup hastalık için kullanılmaktadır (1,2). 1897 yılında Brocq küçük ve büyük plaklı parapsoriasis tablolarını tarif etmiş (3,4), 1916 yılında Mucha ve Haberman pityriasis lichenoides et varioliformis acuta'yı farklı bir antite olarak bildirmiştir (3). 1981 yılında Lambert ve Everett bu tabloları pityriasis lichenoides acuta, pityriasis lichenoides chronica, küçük plaklı parapsoriasis ve büyük plaklı parapsoriasis olarak aynı grup altında sınırlamışlardır (1,2,5).

Parapsoriasislerin bazı tiplerinin seyirleri esnasında Mycosis Fungoides'e dönüşümün bildirilmesi, bu tabloların kesin teşhis ve takibinin gerekliliğini ortaya koymaktadır (1,6).

Geliş Tarihi: 04.06.1997

Yazışma Adresi: Dr.Muammer PARLAK
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, ERZURUM

T Klin J Dermatol 1998, 8:61-66

Summary

In this study, the clinical and histopathological features of fifty eight patients with parapsoriasis, who admitted our Dermatology department were investigated, respectively. We determined that 36.2% of patients were large plaque parapsoriasis, 25.8% pityriasis lichenoides acuta, 17.2% pityriasis lichenoides chronica, 15.5%, small plaque parapsoriasis and 5.2%, lenfomaloid papillozis. We emphasize that clinical and histopathological differential diagnosis of small plaque parapsoriasis, large plaque parapsoriasis, pityriasis lichenoides acuta and pityriasis lichenoides chronica is difficult. But this differential diagnosis must be done, because some of these dermatologic disorders might undergo Mycosis Fungoides.

Key Word: Parapsoriasis

T Klin J Dermatol 1998, 8:61-66

Pityriasis lichenoideslerin, ayrıca klinik tablo açısından benzerlik gösterdiği, histopatolojik olarak atipik hücrelerle malign imaj veren lenfomatoid papüllozisten ayırımı önem arz etmektedir (U).

Bu çalışmada kliniğimiz histopatoloji laboratuvarında klinik ve histopatolojik benzerlik gösteren bu grup hastalıklara ait 58 olgulu deri biyopsi kesitleri yeniden değerlendirilerek klinik karşılaştırma ile birlikte histopatolojik ayırıcı tanı yapıldı ve konu yeniden vurgulandı.

Materyal ve Metod

Kliniğimize 1979-1996 yılları arasında başvurarak klinik ve histopatolojik olarak parapsoriasis teşhisi konan toplam 58 olgu çalışma kapsamına alındı. Olguların başvuru tarihleri kaydedilerek yıllar içindeki dağılımları gözlemlendi. Yaş ve cinsiyetleri kaydedildi. Lezyonların klinik görünüşleri, lokalizasyonları ve semptomları incelendi. Klinik

Tablo 1. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam	%
10-19	-	4	4	6.9
20-29	6	6	12	20.7
30-39	4	17	21	36.2
40-49	1	7	8	13.8
50-59	2	8	10	17.2
60-69	1	2	3	5.2
Toplam	14(%24.1)	44(%75.9)	58	100

Tablo 2. Olguların yaş dağılımı

YAŞ	BPPP	KPPP	PLA	PLK	LP
10-19	2	-	1	-	1
20-29	4	4	1	3	-
30-39	9	4	5	2	1
40-49	1	-	5	1	1
50-59	3	1	3	3	-
60-69	2	-	-	1	-
YAŞ ORT.	36.2	31.5	4 1.0	40.7	31.0

BPPP: Büyük plaktı parapsöriazis

KPPP: Küçük plaktı parapsöriazis

PLA: Pitriazis likenoides akuta

PLK: Pitriazis likenoides kronika

LP: Lenfomatoid papiilozis

ön teşhisler patolojik teşhisle karşılaştırmak üzere kaydedildi. Bu olgulara ait HE ile boyalı histopatolojik kesitler ışık mikroskopunda aşağıdaki parametreler doğrultusunda incelendi.

Epidermal bulgular; Atrofi, akantoz, parakeratoz, hiperkeratoz, interselüler ve intraselüler ödem, bazal tabakada vakuolizasyon, dejenerasyon, epidermal nekroz ve ülser, epidermise eritrosit ve/veya lenfosit göçü, atipik hücre varlığı, bazal tabakada pigment varlığı.

Dermal bulgular; Dermoepidermal bölge kaybı, yamalı veya bant hücre infiltrasyonu, dermal damar endotelinde şişme, proliferasyon, damar duvarlarında fibrin depolanması, pigment inkontinensi.

Kaydedilen bu bulguların Lever (6) kriterleri ile karşılaştırılmasıyla histopatolojik değerlendirilmeler yapıldı.

Bulgular

Çalışma kapsamına 1979-1996 yılları arasında, kliniğimizde klinik ve histopatolojik olarak para-

psöriazis teşhisi konmuş 58 olgu alındı. Olguların 14(% 24.1)'ü kadın, 44 (%75.9)'ü erkek idi. Yaş ortalaması erkeklerde 37.11, kadınlarda 35.14 ve toplamda 36.6 idi. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1).

Olguların yaşlan histopatolojik teşhise göre değerlendirildiğinde en küçük yaş ortalamasının LP'e, en büyük yaş ortalamasının ise PLA'ya ait olduğu görüldü. Onaltı yaşındaki en genç olgu ve 63 yaşındaki en yaşlı olgu BPPP teşhisi almıştı (Tablo 2).

1979-1996 yılları arasında incelenen olguların 3 yıl aralıklarla başvuru oranları değerlendirildiğinde 1991-1993 yıllarında 19 olgu ile en fazla hastanın takip edildiği görüldü. 1994-1996 yıllarında (1996'nın son altı ayı hariç) ise 12 olgu saptandı. Olguların yıllara dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir (Tablo 3).

Lezyonların lokalizasyonları incelendiğinde %17.2 oranında sadece alt ekstremitte, %25.8 oranında sadece gövde, %13.8 oranında hem alt hem üst ekstremitte, %43.1 oranında hem gövde hem de ekstremitelerde yaygın tutulum olduğu gözlemlendi (Tablo 4).

Olgularda gözlenen lezyonların değerlendirilmesi sonucu en sık %36.2 ile eritemli skuamli plak lezyonlara rastlandığı, bunu sırasıyla

Tablo 3. Olguların yıllara dağılımı

Yıl	Kadın	Erkek	Toplam	%
1979-1981	-	6	6	10.3
1982-1984	1	7	8	13.8
1985-1987	2	-	2	3.4
1988-1990	3	8	11	19.0
1991-1993	5	14	19	32.7
1994-1996	3	9	12	20.7

Tablo 4. Lezyonların lokalizasyonları

Lokalizasyon	Kadın	Erkek	Toplam	%
Üst ekstremitte	-	-	-	-
Alt ekstremitte	2	8	10	17.2
Gövde	5	10	15	25.8
Alt ve üst ekstremitte	-	8	8	13.8
Gövde ve ekstremiteler	7	18	25	43.1

eritemli skuamli papül, eritemli skuamli makülopapülün izlediği, en az vezikü ve eritemli makül görüldüğü saptandı. Papülopüstül ve veziküler lezyonların tepelerinde ve papüler karakterli lezyonların bir kısmında hemorajik krut ve erozyon vardı. Bazı olgularda lezyonların uniform olmadığı, iki ya da üç tip lezyonun aynı anda gözleendiği dikkati çekti. Olgularda gözlenen lezyonlar Tablo 5'de gösterilmiştir (Tablo 5).

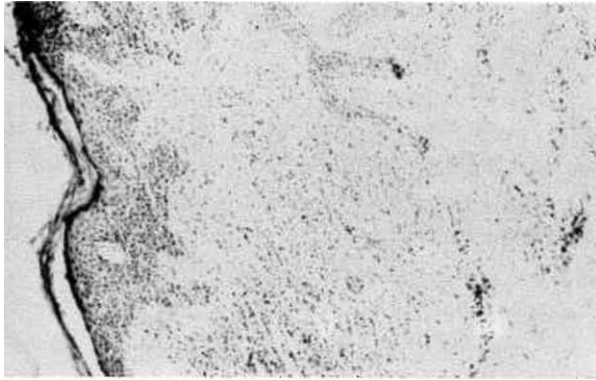
Histopatolojik değerlendirmede; %36.2 BPPP (Şekil 1), %25.8 PLA (Şekil 2), %17.2 PLK (Şekil 3),

Tablo 5. Olgularda gözlenen lezyonlar

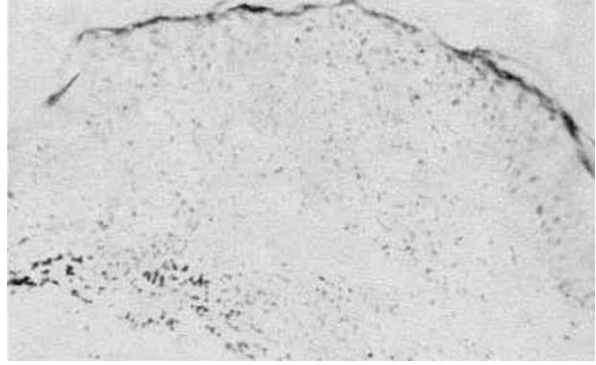
Lezyon	Olgu	%
Eritemli makül	2	3.4
Hiperpigmente makül	4	6.9
Eritemli skuamli makülopapül	9	15.5
Eritemli skuamli papül	15	25.8
Eritemli skuamli plak	21	36.2
Papülopüstül	4	6.9
Vezikü	1	1.7
Polimorf lezyonlar	5	8.6

Tablo 6. Olguların histopatolojik değerlendirilmesi

Histopatolojik	Erkek %		Kadın %		Toplam %
	Erkek	%	Kadın	%	
BPPP	17	(29.3)	4	(6.9)	21 (36.2)
KPPP	3	(5.2)	6	(10.3)	9 (15.5)
PLA	14	(24.1)	1	(1.7)	15 (25.8)
PLK	8	(13.7)	2	(3.4)	10 (17.2)
LP	2	(3.4)	1	(1.7)	3 (5.2)



Şekil 1. Büyük plaktı parapsorizm/ise ait histopatolojik tablo.



Şekil 2. Pitriazis likenoides akuta'ya ait histopatolojik tablo.



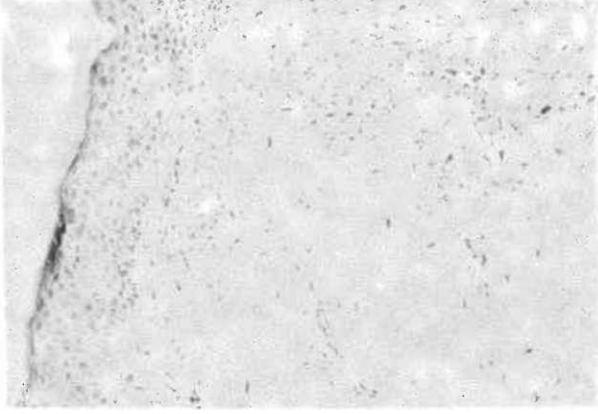
Şekil 3. Pitriazis likenoides kronika'ya ait histopatolojik tablo.

%15.5 KPPP (Şekil 4) ve %5.2 LP (Şekil 5)'e ait bulgular saptandı (Tablo 6).

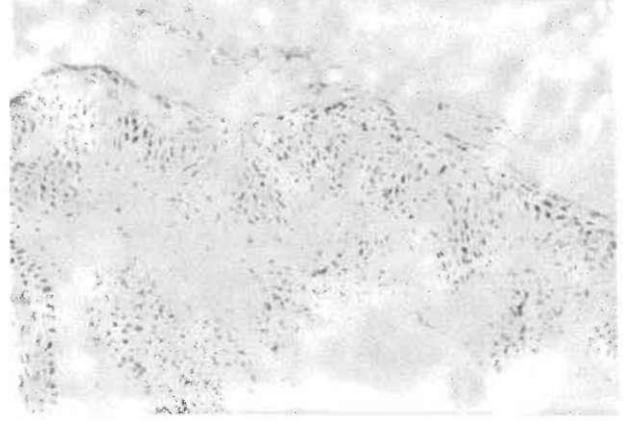
Histopatolojik tabloların cinsiyete göre dağılımı da Tablo 3'de görülmektedir (Tablo 3). Yalnızca KPPP'de kadın/erkek oranı 2/1 olarak kadınlar lehine görünmektedir, diğer tablolarda erkek olgu sayısı kadınlardan 2/1 ile 14/1 arasında değişen oranlarda fazla bulunmuştur.

Tartışma

Parapsoriasislerin etyolojisi bilinmemektedir. Pitriazis likenoidesin klinik gidişinin benzerliği ve sporadik olgular halinde görülmesi enfeksiyöz bir ajanın rolünü düşündürmüştü, fakat etkenin tesbiti mümkün olmamış ve bulaşma gösterilememiştir (1,2,8). Bu tablonun bir immün kompleks hastalığı olduğu ve bir enfeksiyöz ajan ile kompleksin



Şekil 4. Küçük plaklı parapsoriasis'e ait histopatolojik tablo.



Şekil 5. Lenfomatoid papüllozis'e ait histopatolojik tabii

başlatıldığı konusunda da çeşitli yayınlar mevcuttur (1,8). Olgularımızın yıllara dağılımına bakıldığında 1985 yılından sonra olgu sayısında bir artışın başladığı, 1991 yılından sonra bu artışın hız kazandığı görülmektedir. İmmün kompleks teorisi kabul edilecek olursa olgu sayısında son yıllardaki artış, henüz belirlenememiş olan antijenik stimulusu düşündürülebilir. Ayrıca Mikozis fungoidese (MF) dönüşümde, T lenfositlerin immünolojik stimülasyonu ile sonuçlanan viral ya da kronik antijenik uyarının söz konusu olabileceğine dair görüşler mevcuttur (9).

Büyük plaklı ve küçük plaklı parapsoriasislerin erkeklerde sık görüldüğü ve ortalama olarak erkek/kadın oranının 3/1 olduğu bildirilmektedir (2,3,5). Oysa BPPP'li olgularımızda erkek sayısı kadına oranla yaklaşık 4 kat fazla iken literatürü bilginin aksine KPPP' li olgularda kadın sayısı erkek sayısının iki katı idi.

Plak tarzındaki parapsoriasislerin en sık 40-50 yaş civarında görüldüğü bildirilmektedir (2,3,5). Bizim olgularımızın yaş ortalaması BPPP'de 36,2, KPPP'de 31,5 olarak bu ortalamanın altında yer alıyordu. Pitriazis likenoideslerin daha genç yaşlarda görüldüğü bildirilmekle birlikte ortalama yaş 42 olarak verilmektedir (1,2,7,10). Oysa PLA ve PLK'lı olgularımızın yaş ortalamaları sırasıyla 41,0 ve 40,7 olmak üzere BPPP ve KPPP'li olgularımızın yaş ortalamasından büyüktü fakat literatürü bilgilerle uyumluydu. Aynı şekilde literatürde kadın/erkek oranının eşit olarak bildirilmesine rağmen özellikle PLA'lı olgularımızda erkek/kadın oranı 14/1 ile en yüksek farkı yansıtıyordu.

Lezyonlar en çok gövde ve ekstremitelerde yaygın olarak ve sıklıkla eritemli skuamli plak ve papül tarzında karşımıza çıkıyordu, daha sonra sadece gövde, sadece alt ekstremiteler ve alt ve üst ekstremiteler tutulumu gözlenmekteydi. KPP ve PL'de lezyonların üst ekstremitelere sıklıkla yerleştiği belirtilmesine (1,2) karşın olgularımızda sadece üst ekstremiteler tutulumuna hiç rastlanmadı.

BPPP'in poikiloderma tarzında ya da nadir bir form olan retiform parapsoriasis şeklindeki lezyonlarda klinik teşhis nisbeten daha kolaydır (1,5). KPP'in nadir bir formu olan digitate dermatoz şeklinde görüldüğünde klinik teşhise yaklaşım daha kolay olmaktadır (1,2,4,5). Plaklı parapsoriasislerin birbirleriyle benzerlik göstermesinin yanısıra yine her iki formun da ayırıcı tanısına eritemli skuamli hastalıklar, ilaç erüpsiyonları ve dermatitler girer (1,2). Ayrıca bazı KPPP'lerin seyri esnasında atrofi ve retiküler pigmentasyon göstererek BPPP'e dönüştüğü de bildirilmiştir (1). PLA ve PLK birbiriyle ve özellikle KPPP'le karışabileceği gibi, özellikle PLA, lenfomatoid papüllozisten çoğu kez klinik olarak ayrılamaz (1,2).

Bu elementer lezyonlar ve bu lokalizasyonlarla olgulara klinik olarak kesin teşhis koymak hemen hemen imkansızdır. Parapsoriasis grubu hastalıkların teşhis ve ayırıcı tanı zorluğu klinik muayene esnasında başlar. Çünkü belirtildiği gibi her bir tablo birbirine benzeyebileceği gibi başka bir takım hastalıkları da taklit edebilmektedir. Bu yüzden bu klinik bulguları tek başına değerlendirmekten ziyade histopatolojik tablo ile de karşılaştırarak değerlendirmenin daha doğru ola-

çağına inanıyoruz. Histopatolojik değerlendirmede; dermişte bant tipi lenfosit infiltrasyonu, epidermiste hafif hiperkeratoz, fokal parakeratoz, atrofi, bazal hücrelerde vakuolizasyon, kapillerlerde genişleme ve pigment inkontincnsi görülen kesitler BPPP, dermişte daha çok perivasküler yamalı lenfositik infiltrasyon, epidermiste parakeratoz, hafif akantoz, spongiöz ve lenfosit ckzositozu olan kesitler KPPP, dermişte yoğun perivasküler ya da bant infiltrasyon ve bunun sonucunda dermoepidermal bölge kaybı gözlenen, epidermiste intra ve intersclüler ödem ve dejenerasyon bulunan, erozyon ve ülserasyona rastlanabilen, bazal hücrelerde vakuolizasyon ve epidermis içinde eritrosit ve lenfosit ckzositozu gözlenen, damar duvarlarında fibrin depolanması, endotelial şişme ve proliferasyon bulunan kesitler PLA, dağınık süperfisiyel perivasküler lenfositik infiltrasyon, epidermiste spongiöz, kalınlaşma, parakeratoz gözlenen, ekstravaze eritrosit ve makrofaj bulunan kesitler PLK olarak değerlendirildi. Kullanılan histolojik parametreler oldukça benzerlik göstermekte ve dolayısıyla histopatolojik teşhiste de yanılı payım artırmaktadır.

Klinik tablo ve kesitlerde poikiloderma bulgularına rastlandığında teşhiste BPPP lehine kolaylık sağlar (2,6). BPPP ve KPPP'in başlangıç lezyonlarının histopatolojisi nonspesifik olabilir ve tanınamayabilir. Hatta bazan KPPP'de hücre infiltrasyonu yoğun olabilir ve BPPP'ı taklit edebilir (6). Klinik olarak lezyonların 5 cm den küçük olması, sarımsı kahverengi renk tonu ve eğer varsa digitate lezyonların bulunması KPPP lehine kuşanılmaktadır (4,5).

Yapılan çalışmalarda BPPP'in %8.5-12 oranında MF'e ilerlediği bildirilmektedir (6). Bu olguların MF'e dönüşümü/ide klinik olarak kaşıntı ve endürasyonun artmasını uyarıcı sayan yazarlar (6) olduğu gibi son yıllarda BPPP'i, MF'in ilk safhası olarak da kabul eden yazarlar da vardır (2,3,4,11). KPPP için tartışma daha da farklılık arz etmektedir. Klasik bilgiler (1,3) KPPP'in birkaç ay veya en geç 10 yıl içinde remisyona gittiğini ve malignensiyec dönüşmediğini vurgularken bazı yazarlar çalışmalarında klinik ve histopatolojik benzerlikler yüzünden tıpkı BPPP gibi MF'e dönüşebilen bir tablo ve hatta MF'in ilk safhası olarak kabul et-

mekten yanadırlar (4,5,11). Haeffer ve arkadaşlarının izledikleri beş KPPP olgusunda 18 yıllık izlenimde MF'e dönüşmediği bildirilmiştir (12). Bazı araştırmacılar KPPP'in MF'e dönüşmediğini fakat MF'in ilk lezyonlarının KPPP plaklarından ayırımının yapılamamasının bu fikre sebep olduğunu iddia ederler (13). Parapsoriasis-Icrin MF'den histopatolojik olarak ayırımında Pautrier mikroabselerinin varlığı kriter olarak kabul edilmektedir (4,14). Histopatolojik kesitlerde MF'e gidişin en önemli bulgusu büyük serebriform nükleuslu MF hücrelerinin gözlenmesi ve bu hücreleri içeren intraepidermal mikroabselerin varlığıdır. Bu yüzden her iki tabloda da uygun aralıklarla biyopsinin tekrarının önemi üzerinde durulmaktadır (5). Olgularımızın içinde iki BPPP teşhisi alan kesitte infiltrat içinde MF hücresi için tam kriterlere uymayan fakat anormal hücrelere rastladık ve bu olguları takip etmeyi uygun gördük. Olguların birinde daha sonraki yıllarda MF'in klinik ve histopatolojik olarak yerleştiğini gözlemledik.

PLA'nın histopatolojik teşhisi için bazı kriterler gerektiği görülmektedir. Bant tarzı ya da daha sıklıkla perivasküler lenfositik infiltrasyon, hiperkeratoz, parakeratoz, spongiöz, epidermal nekroz gibi bulgular diğer tablolarda da görülebilen nisbeten nonspesifik bulgular olarak kabul edilebilirken, dermal damarlarda endotelial şişme, proliferasyon ve damar duvarında fibrin depolanması daha karakteristik sayılan bulgulardır (6,10,15). Fakat gerçek vaskülit destekleyecek damar hasarına rastlanmaz (6,15). Ayrıca eritrosit ekstravazasyonu, epidermise eritrosit ve lenfosit göçü ve epidermal hücrelerde daha bariz görünen hasar teşhis için bulunması gereken bulgulardır (6,10,15). Epidermisteki nekroz göç eden lenfositlerden salınan hidrolitik enzimlerin aktivitesiyle açıklanmaktadır (15). PLK histopatolojik olarak PLA tablosunun daha hafif şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Her iki tablonun ayırıcı tanısında klinik bulguların ve hastanın takibinde hastalık süresinin yaran olacaktır. Den lezyonları PLK'da daha az sayıda, üzerinde ince skuamlar bulunan papüller şeklinde görülmeye eğilimlidir (2). Her iki tablonun birbirine dönüşebileceğinden dolayı tek bir hastalığın varyantları olarak kabul edildiği de bildirilmektedir (2,15).

Pitriazis İıknoides grubu hastalıkların parapsoriasisler içinde kabul edilmesinin nedenleri klinik ve histopatolojik olarak benzemelerinin yanısıra bir kaç olguda **BPPP** ve hatta MF'e dönüşünün bildirilmesidir (2). Dolayısıyla bazı klimsyenler **PL** grubu tabloların benign gidişli olduğu fikrine katılmamakta ve bu tabloların bir deri retikülozisine dönüşebileceğini savunmaktadır (7,9). Bu fikri destekler şekilde PLA teşhisi konan olgularımızdan birinin daha sonraki yıllarda klinik ve histopatolojik olarak MF'e dönüş gösterdiği gözlemlenmiştir.

Bu değerlendirmeleri yaparken dikkat edilmesi gereken en önemli şey klinik olarak PLA veya PLK'ya çok benzerlik gösteren lenfomatoid papüllozis (LP) tablosunun tamnabilmesidir. Çoğu zaman klinik olarak pitriazis likenoidesden ayrılmayan LP klinik olarak benign, histopatolojik olarak malign karakter gösteren bir tablodur (9,16). Bu tabloda histopatolojik bulgular bant veya daha çok kama tarzında lenfositik ve histiyositik infiltrasyonla karakterize olmasına göre lenfositik ve histiyositik tip olmak üzere iki şekilde görülür (6). Hafif ekzositoz, eritrosit ekstrasvasyonu, dermal damar endotelinde şişme, epidermal hücrelerde ödem ve dejenerasyon gözlemlenebilir ve bu bulguların çoğu zaman PLA'dan ayırımında yardımcı olmaz (6,16). Ayırıcı tanıda en önemli bulgu infiltrat içinde anormal hücrelerin bulunmasıdır. Histiyositik tipte Reed-Sternberg hücrelerine benzer hücelere rastlanırken lenfositik tipte MF hücrelerine rastlanabilir (16,17). Hatta bazen bu hücrelerin bulunduğu intraepidermal abselere rastlanabilir (6). Bununla beraber PLATı olguların yaklaşık %7'sinde az sayıda da olsa büyük koyu boyanan mononükleer hücrelerin bulunabileceği bildirilmektedir ve LP'in pitriazis likenoidesin bir varyantı olarak düşünülmesini tavsiye eden yayınlar da vardır (2). Tanıda yardımcı olabilecek başka bir özellik infiltrat içinde nötrofil, eozinofil gibi polimorf hücre bulunabilmesidir. LP'in seyri esnasında nadir de olsa lenfoma gelişebileceğinin bildirilmesi nedeniyle olguların uzun süreli takibi önerilmektedir (12).

Parapsoriasis grubu hastalıkların incelenmesi dermatolojik bir takım tabloların ayırıcı tanısında sadece klinik bulguların, hatta bazan histopatolojik değerlendirmenin de yetersiz kaldığı ve bir derma-

tologun hem klinik hem de patolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Gibson LE, Periy HO. Papulosquamous Eruptions and Exfoliative Dermatitis. *Dermatology* de. Eds; Moshelle SL, Hurley HJ. Third edition, Philadelphia: WB Saunders Company, 1992: 607-51.
2. Kotoğyan A, Mat C, Tüzün Y. Parapsoriasislerin günümüzdeki yeri. X. Prof. Dr A Lütfü Tat Simpozyumu (Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler 23-25 Ekim 1991), Ankara, Yargıçoğlu Matbaası, 1992: 194-208.
3. Ross S, Sanchez JL. Parapsoriasis. A century later. *Int J Dermatol* 1990; 29,5:329-30.
4. Haefner AC, Smoller BR, Zepter K, Wood GS. Differentiation and clonality of lesional lymphocytes in small plaque parapsoriasis. *Arch Dermatol* 1995; 131: 321-4.
5. Mat C. Parapsoriasislerde terminoloji ve ayırıcı tanı. XI. Prof. Dr Lütfü Tat Simpozyumu (Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler 5-8 Ekim 1993 Nevşehir), Ankara, Yargıçoğlu Matbaası, 1994: 78-84.
6. Lever WF, Lever GS. *Histopathology of the Skin*. Seventh edition, Philadelphia: JB Lippincott Company, 1990: 165-166, 177-9.
7. Marks R, Black M, Jones EW. Pityriasis lichenoides: a reappraisal. *Br J Dermatol* 1972; 86: 215-25.
8. Clayton R, Haffenden G, Dıı Vivier A, Burton J, Mowbray J. Pityriasis lichenoides-an immune complex disease. *Br J Dermatol* 1977; 97: 629-34.
9. Farmer ER, Hood AF. *Pathology of the Skin*. United States of America, Prentice-Hall International Inc. 1990: 201-4.
10. Hood AF, Marks EJ. Histopathologic diagnosis of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta and its clinical correlations. *Arch Dermatol* 1982; 118: 478-82.
11. Ackerman AB. If small plaque (digitate) parapsoriasis is a cutaneous T cell lymphoma, even an "abortive" one, it must be Mycosis fungoides. *Arch Dermatol* 1996; 132: 562-6.
12. Burg G, Dummer R. Small plaque (digitate) parapsoriasis is an "abortive cutaneous T cell lymphoma" and is not Mycosis fungoides. *Arch Dermatol* 1995; 131:336-8.
13. Raskin CA. Small plaque parapsoriasis and Mycosis fungoides. *Arch Dermatol* 1996; 132:1388.
14. Altomare GA, Capella GL, Pigatto PD, Biondo B, Lavezzi A M. Densitometry of Pautrier's microabscess in cutaneous T cell lymphoma. *Int J Dermatol* 1995; 34: 535-7.
15. Black MM, Marks R. The inflammatory reaction in pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol* 1972; 87:533-9.
16. Sina B, Burnett JW. Lymphomatoid papulosis. *Arch Dermatol* 1983; 119:189-97.
17. Baysal V, Gürer MA. Lenfomatoid papüllozis. *Deri Hast Frengi Arş* 1992; 26: 69-73.