

Sıradışı Bir Rinofima Olgusu

AN EXTRAORDINARY CASE OF RHINOPHYMA

Dr. Zehra AŞIRAN SERDAR,^a Dr. Ayşe Tülin MANSUR,^a Dr. Şirin YAŞAR,^a Dr. Pembegül GÜNEŞ^b

^aDermatoloji Kliniği, ^bPatoloji Kliniği, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Rozasenin bir komplikasyonu olan rinofimada burun, aşırı ve düzensiz kalınlaşmaya bağlı olarak büyüme gösterir. Hastalık erkeklerde daha sık görülür ve bazen şiddetli bir rozase olmadan da gelişebilir. Rinofimanın klasik histopatolojik bulguları olarak sebace bez hiperplazisi, telenjektaziler, lenfosit ve histiositlerden oluşan perivasküler infiltrasyon, keratin ve sebumla dolu geniş sebace kanallar gözlenir. Burada 61 yaşında, 8 yıldır burunda büyüme şikayeti olan bir erkek hasta sunulmaktadır. Fizik muayenede; burun sırtı ve kanatlarında, deri renginde, yüzeyi pürüzsüz, çok sayıda, yan yana kümelenmiş ve lobüller oluşturan papillomatöz lezyonlar saptandı. Rinofima, trikoepitelyoma ve trikolemmoma ön tanılarıyla alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde, bulgular rinofima ile uyumluydu. Hasta rozasenin diğer klinik özelliklerini göstermeyen sıradışı bir rinofima olgusu olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Rinofima, rozase

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005, 15:171-174

Abstract

Rhinophyma is a complication of rosacea, in which the nose shows irregular thickening and overgrowth. The disease occurs mostly in males and may be seen without a severe rosacea. The classical histologic features are sebaceous gland hyperplasia with fibrosis, perivascular inflammatory infiltrate consisting of lymphocytes and histiocytes, telangiectasia and dilated sebaceous ducts containing plugs of keratin and sebum.

Here, we report a 61-year-old man who complained of progressive enlargement of his nose for 8 years. On physical examination, the dorsum and the lateral surfaces of nose were found to be involved with skin coloured, large, lobulated and smooth papillomatous lesions arranged in an agminated pattern. The histopathologic findings were compatible with rhinophyma. So, we considered this case as an atypical, bizarre form of rhinophyma not associated with other clinical features of rosacea.

Key Words: Rhinophyma, rosacea

Rozasenin bir komplikasyonu olan rinofimada burun, aşırı ve düzensiz kalınlaşmaya bağlı olarak büyüme gösterir. Hastalık erkeklerde daha sık görülür ve bazen şiddetli bir rozase olmadan da gelişebilir.¹ Klinik olarak hastaların burunları eritemli, kaba, şişmiş gibi görünür. Şiddetli formlarda çok sayıda, sert veya yumuşak, düzgün yüzeyli eritematöz nodüller izlenir.^{1,2,3} Histopatolojik bulgular

rozaseye benzer nitelikte olup, sebace bez hiperplazisi ve telenjektaziler ön plandadır.⁴

Burada, 8 yıldır burunda büyüme şikayeti ile başvurduğu çeşitli merkezlerde değişik tanımlar alan, rozasenine eşlik etmediği sıradışı bir rinofima olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Altmışbir yaşında, alkol kullanma öyküsü olmayan erkek hasta, 8 yıldır burunda büyüme yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede burunda özellikle sol kanatta daha yoğun olmak üzere deri renginde, düzgün yüzeyli, orta sertlikte, lobüller ve oluklar oluşturan papüller saptandı. Bazıları adeta saplı bir lezyon gibi dışa doğru çıkıntı yapan bu lezyonların yanyana kümelendiği ve katlar oluşturacak şekilde birbiri

Geliş Tarihi/Received: 06.01.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.05.2005

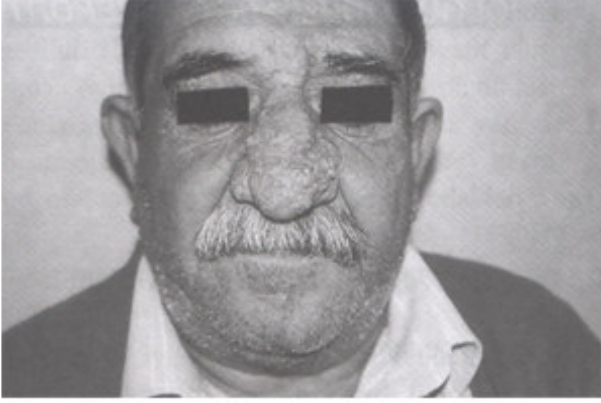
XX. Ulusal Dermatoloji Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Zehra AŞIRAN SERDAR
Soyak Yenişehir Palmiye Evleri
A/5 Blok No: 61
Ümraniye, İSTANBUL
drzehraserdar@yahoo.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005, 15

171



Resim 1. Lezyonların cepheden görünümü.

üzerine yığıldığı görüldü. Lezyonların farklı boyut ve yerleşimde olmaları nedeniyle burunda asimetrik bir büyüme gözlemlendi ve burun ucunun nispeten salim olduğu dikkati çekti. Burunda follikül ağzlarında genişleme ve sebore belirgin değildi. Yüzün diğer bölümlerinde ve gözlerde rozaseye ait bulgu görülmedi. Zigomatik çıkıntılar üzerinde büyük açık komedonlar ve solar elastoz bulguları izleniyordu (Resim 1, 2).^{1,2}

Hastaya çeşitli merkezlerde, değişik zamanlarda trikoepitelyoma, trikilemmoma, viral papilloma ve rinofima tanılarıyla çok sayıda biyopsi yapılmış ve histopatolojik olarak seboreik keratoz ve trikilemmoma tanısına varılmıştı. Kliniğimizde yapılan histopatolojik incelemede ise follikülo sentrik ve perivasküler yerleşimli, lenfosit ve daha az oranda histiositlerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu ile follikül çevresinde fibrozis gözlemlendi. Kıl folliküllerinde genişleme, bazı folliküllerin infundibulumunda keratin ile dolu mikrokist yapıları, dermiste telanjiektatik damarlar ve solar dejenerasyon izlendi (Resim 3).³ Genel olarak sayıları azalmış olan sebace bezlerde yer yer hiperplastik değişiklikler saptandı. Hastanın tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlardaydı.

Burundaki lezyonlar estetik bozukluk dışında hastaya herhangi bir rahatsızlık vermiyordu. Güneşten koruyucu krem kullanması önerilen hasta, Plastik Cerrahi Kliniği'nce yapılması planlanan dermabrazyon tedavisini kabul etmedi.

Tartışma

Rinofima çoğunlukla 40 yaş üzerindeki erkeklerde görülen, burunda büyüme ve şekil bozukluğuna yol açan bir dermatozdur.⁵ Nedeni bilinmeyen bu hastalık sıklıkla uzun süreli rozase öyküsüne eşlik eder, ancak bazen rozase olmadan da gelişebilir.¹ Dermatolojik muayenede çoğunlukla kırmızı, bazen morumsu renkte olan burun derisinde düzensiz, lobüllü bir kalınlaşma, telanjiektaziler ve follikül açıklıklarında genişleme görülür. Burun ucu, burun sırtı ve kanatlarına oranla daha çok etkilenir ve belirgin büyüme gösterir. Şiddetli olgularda burun derisinde noktasal çöküntüler, yarıklar ve nedbe oluşumu gözlenir. Sebum birikimi ve ardından gelişen sekonder infeksiyon sonucunda hoş olmayan bir koku ortaya çıkar.⁶

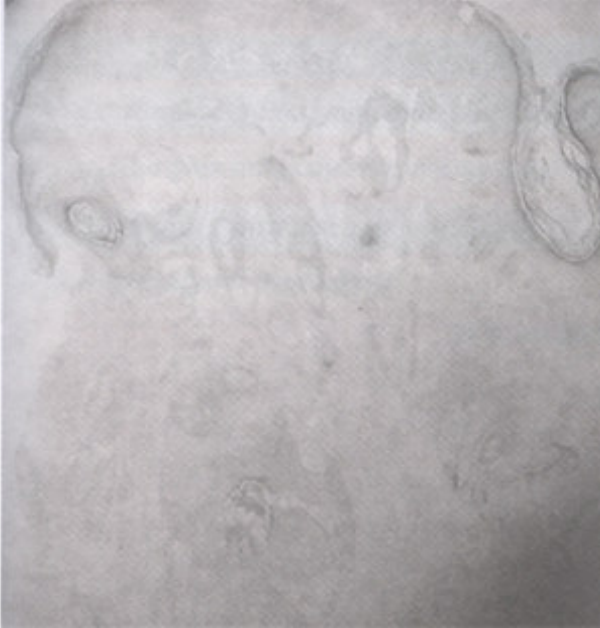
Olgumuzdaki lezyonlar klasik rinofimadan seborenin, genişlemiş follikül ağzlarının ve telanjiektazilerin belirgin olmaması, zeminin ve papüllerin eritemli değil, deri renginde olması ve burun ucundan çok sırt ve kanatların etkilenmesiyle ayrılmaktaydı. En dikkati çeken özellik ise lobüllerin adeta bir sapla zemine tutunmuş gibi, ayrı ayrı, ancak üstüste yığılmış şekilde görünmesiydi. Bu bulgularla lezyonlar rinofimadan çok benign deri eki tümörlerini hatırlatmaktaydı. Bu nedenle de tanı güçlüğü ortaya çıkmış, hastanın başvurduğu çeşitli merkezlerde kıl kökenli çeşitli tümörler ayırıcı tanıda ele alınmıştı. Ancak, literatür incelendiğinde, şiddetli rinofima olgularında



Resim 2. Burunda sol kanatta lobüller oluşturan papillomatöz lezyonlar

burunda gelişen düzgün yüzeyle eritemli nodüllerin bazen pendülöz olabileceği bilgisine klasik kaynaklarda yer verildiği görülmektedir.⁷ Hastadaki lezyonlar, deri renginde olmaları dışında bu tanıma uymaktadır.

Olgumuzdaki lezyonlar kronik lenfödem zemininde gelişen elefantiazisde görülen papüllere de benzetilebilir. Rinofimanın gelişimini açıklamak için ileri sürülen bir hipotez bu benzerliği desteklemektedir. Buna göre, olay damarsal geçirgenliğin artışıyla başlamaktadır. Bunun sonucunda dermisteki hücreler arasına sıvı sızmakta, bu da inflamasyon ve fibrozisi başlatmaktadır.⁸ Çeşitli yazarlar rinofimanın fibröz bir varyantının bulunduğuna işaret etmişlerdir. Plewig'e göre rinofima klinik ve histopatolojik özelliklerine göre glandüler, fibröz, fibroanjimatöz ve aktinik olmak üzere 4 tipe ayrılabilir.^{5,2} Glandüler tipte sebace bez hiperplazisi nedeniyle farklı boyutlarda nodüller gelişir. Fibröz tip bağ dokusunda diffüz hiperplaziye karakterizedir. Fibroanjimatöz tipte burunda bakır kırmızısından koyu kırmızıya varan renk değişikliği, ödem ve genişlemiş venler ön plandadır. Aktinik tipte ise koyu kırmızı veya mavimsi bir zeminde çok sayıda genişlemiş



Resim 3. Kıl follikülü infundibulumda keratin ile dolu mikrokist yapıları ve genişlemiş sebace bezler.

follikül açıklıkları mevcuttur ve bu bölgeler sıkıldığında peynirimsi bir madde dışarıya çıkar. Yazar bu değişik tiplerin çoğunlukla tek başına gözükmediğini ve aynı hastada birkaçının birarada bulunduğunu belirtmektedir.²

Aloi ve ark. da rinofimanın iki farklı klinik tipinin olduğunu öne sürmüştür. İlk tipin klinik ve histopatolojik olarak klasik rinofima bulgularını gösterdiği, daha şiddetli seyreden ikinci tipte ise farklı histopatolojik özellikler bulunduğu belirtilmektedir. Bu hastalarda pilosebace birimlerin persistan ödem ve fibrozis nedeniyle sıkıştığı ve zamanla sayılarının azaldığı düşünülmektedir. Tabloya sklerotik kollagen demetlerle karakterize bağ dokusu artışı ve fibroplazi hakim olmaktadır.³ Olgumuzdaki lezyonlar histopatolojik olarak Plewig'in tanımladığı tiplerin hepsine ait özellikler gösteren, klinik olarak daha çok fibrotik tip rinofimaya uymaktadır.

Rinofimada tanı burunda eritem, hipertrofi ve nodüllerin görüldüğü tipik klinik özelliklerden dolayı genellikle kolaydır. Ancak klinik olarak rinofima bulguları gösteren çok sayıda olgunun histopatolojik inceleme sonucunda başka tanılar aldığı da bildirilmiştir.⁹ Eozinofilik granülom, sarkoidoz ve lenfoma bazen rinofimayı taklit edebilir.^{10,11,12} Buna karşılık gerçek rinofimalı olgularda da lezyonlar üzerinde skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, sebace karsinom ve anjiosarkom gelişebileceği gözlenmiştir.^{13,14,15,16}

Olgumuzu uzun süre tanı konamamasına yol açan sıradışı klinik görünümü dolayısıyla bildirmeyi uygun bulduk. Bu olgu dolayısıyla rinofimayı taklit eden çeşitli dermatozların bulunmasının yanısıra, bazen rinofimanın da değişik klinik özellikleriyle bazı dermatolojik tablolarla karışabileceğini ve tanı güçlükleri yaratabileceğini vurgulamak isteriz.

KAYNAKLAR

1. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 4th ed. Berlin: Springer-Verlag; 2000. p.1071-6.
2. Plewig G, Kilgman AM. Acne and rosacea. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1993. p.433-43.
3. Aloi F, Tomasini C, Soro E. Clinicopathologic spectrum

- of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:468-72.
4. Lever WF, Schaumburg Lever G. *Histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1997. p.404-6.
 5. Jansen T, Plewig G. Clinical and histological variants of rhinophyma, including nonsurgical treatment modalities. *Facial Plast Surg* 1998;14:241-53.
 6. Pochi PE. Acne rosacea. In: Demis DJ, Thiers BH, Burgdorf WHC, Raimer SS, eds. *Clinical Dermatology*. 19th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1992. p.1-7.
 7. Odom BR, James WD, Berger TG. Acne. *Andrews' Diseases of the skin*. 9th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000:284-306.
 8. Mark R. Concepts in the pathogenesis of rosacea. *Br J Dermatol* 1968;80:170.
 9. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. Rhinophyma. review and update. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:860-9.
 10. Keefe M, Wakeel RA, McBride DI. Basal cell carcinoma mimicking rhinophyma. *Arch Dermatol* 1998;124:1077.
 11. Chatelain R, Bell SA, Konz B, Rocken M. Granuloma eosinophilicum faciei simulating rhinophyma. Therapeutic long-term outcome after surgical intervention. *Hautarzt* 1998;49:496.
 12. Wilson PD. Lymphocytic lymphoma. *Br J Dermatol* 1982;107:45.
 13. Acker DW, Helwig EB. Rhinophyma with carcinoma. *Arch Dermatol* 2000; 42:468.
 14. Broadbent NR, Cort DF. Squamous carcinoma in long-standing rhinophyma. *Br J Plast Surg* 1977;30:308.
 15. Traaholt L, Eeg Larsen T. Rhinophyma and angiosarcoma of the nose. A case report. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1978;12:81.
 16. Motley RJ, Douglas - Jones AF, Holt PJ. Sebaceous carcinoma: An unusual cause of a rapidly enlarging rhinophyma. *Br J Dermatol* 1991;124:283.