

Yüzün Kahverengi Lekelerinde Tanı

DIAGNOSTIC APPROACH FOR THE BROWN SPOTS ON THE FACE

Mete BABA*, Aydın YÜCEL**, Y.Gül DENLİ***, Mehmet KARAKAŞ****, Hamdi R. MEMİŞOĞLU*****

* Arş.Gör.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
** Öğr.Gör.Uz.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
*** Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
**** Yrd.Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
*****Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, ADANA

Özet

Yüzün kahverengi lekeleri; değişik dağılım, dizilim ve büyüklük özelliklerine sahip hiperpigmente makül ve patchlerdir. Bu lezyonlar çeşitli etiyolojik faktörlerin derinin normal pigmentasyon sürecinin değişik basamaklarına etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmayla, yüzde kahverengi leke oluşumuna yol açan hastalıkların tanı ve ayırıcı tanısına yardımcı olabilecek bir algoritmik yaklaşımın geliştirilmesi amaçlandı. Bu algoritmik yaklaşımın dermatoloji pratiğinde hekimlere büyük kolaylıklar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiperpigmentasyon, Algoritm, Tanı

T Klin Dermatoloji 2001, 11:56-60

Summary

Brown facial spots are hyperpigmented macules and patches with different distribution, arrangement and size. These lesions occur as the consequence of interruption of several etiologic factors to the different steps of the normal skin pigmentation. The aim of this study is to constitute an algorithm for the differential diagnosis of the diseases causing brown spots on the face. This type of algorithmic approach is expected to yield significant benefits in dermatological practice.

Key Words: Hyperpigmentation, Algorhythm, Diagnosis

T Klin J Dermatol 2001, 11:56-60

"Tenimdeki koyu lekelerden ötürü benden sevgini esirgeme, çünkü onlar güneşin eserleridir."

W. Shakespeare

Tarih, her dönemde insanların güzel bir cilde sahip olmak için çeşitli çabalarına tanık olmuştur. Cleopatra yumuşak bir cilt elde etmek için ekşi süt banyoları yapmış, Türkler hafif eksfoliasyon oluşturmak için alazlama yöntemini uygulamış, Macar çingeneleri ise kendilerine özel formülasyonları nesilden nesile aktarmışlardır (1). Konu bu bağlamda ele alındığında hiç şüphesiz yüzün kahverengi lekelerinin de tarih boyunca insanlar için önemli bir kozmetik sorun oluşturduğu ortaya

çıkılmaktadır.

Yüzde kahverengi lekeler, değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan hiperpigmente makül ve patchlerdir.

Yüzdeki hiperpigmentasyonların daha iyi anlaşılabilmesi için deri rengi ve derinin temel pigmentasyon süreçlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Deri rengini belirleyen başlıca pigment elemanları endojen olarak üretilen melanin (kahverengi), dermiste kapillerler içindeki oksijene hemoglobin (kırmızı), venüllerdeki deoksijene hemoglobin (mavi) ve ekzojen olarak alınan karotenoidlerdir (sarı) (2,3). Bunlar içerisinde temel pigment ve renk belirleyici olanı melanositlerce üretilen melanindir. Derinin pigmentasyonu melanositlerin nöral krestten göçüyle başlayıp epidermise yerleşmeleri, burada melanin sentezleyip keratinositlere transfer ederek onların nükleuslarını ultraviyole ışınlarına karşı adeta

Geliş Tarihi: 10.04.2000

Yazışma Adresi: Dr.Mete BABA
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, 01330, ADANA

bir şapka gibi korumalarıyla devam eden uzun bir süreçtir (2-4). Bu süreç her ne kadar hücrel genetik programa göre belirlense de başta ultraviyole ışınları ve hormonal faktörler olmak üzere birçok iç ve dış faktör tarafından etkilenmektedir. Bu faktörler pigmentasyon sürecinin değişik basamaklarına etki ederek farklı tabloların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin melanositlerin nöral krestten göç edip epidermise yerleşmeleri engellendiğinde hiperpigmentasyonla seyreden Ota nevüsler görülürken, melanin sentezindeki bozukluk sonucu albinizm gelişmektedir (2-4). Bunlardan yüzde kahverengi leke oluşumuna yolaçan tablolar şunlardır (2-13):

- Melazma
- Lentigolar
- Efelid
- Postinflamatuvar hiperpigmentasyon
- İlaçlara bağlı hiperpigmentasyon
- Riehl melanozu
- Hipertiroidi
- Ota nevüs
- Cafe-au-lait makülleri

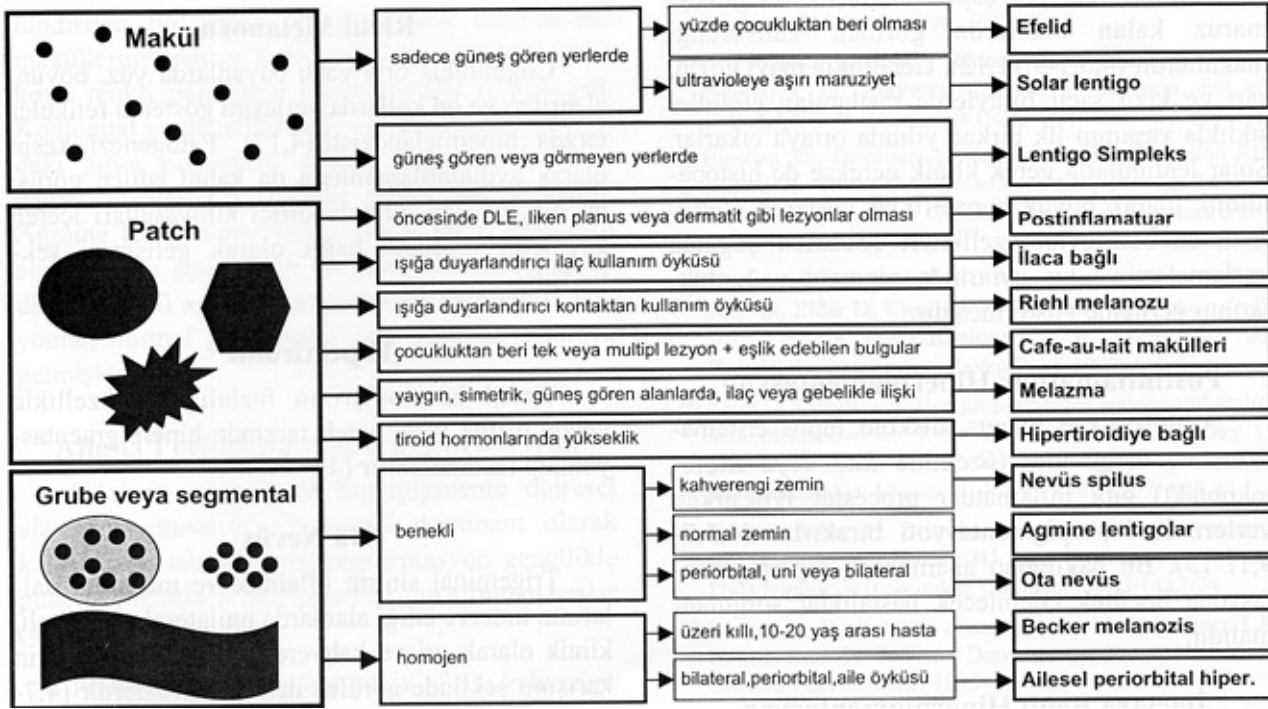
- Becker melanozisi
- Nevüs spilus
- Ailesel periorbital hiperpigmentasyon

Addison hastalığı, Cushing sendromu, maküler amiloidozis veya eritema diskromikum perstans gibi yaygın hiperpigmentasyonla seyreden hastalıklar bu listeye dahil edilmemiştir.

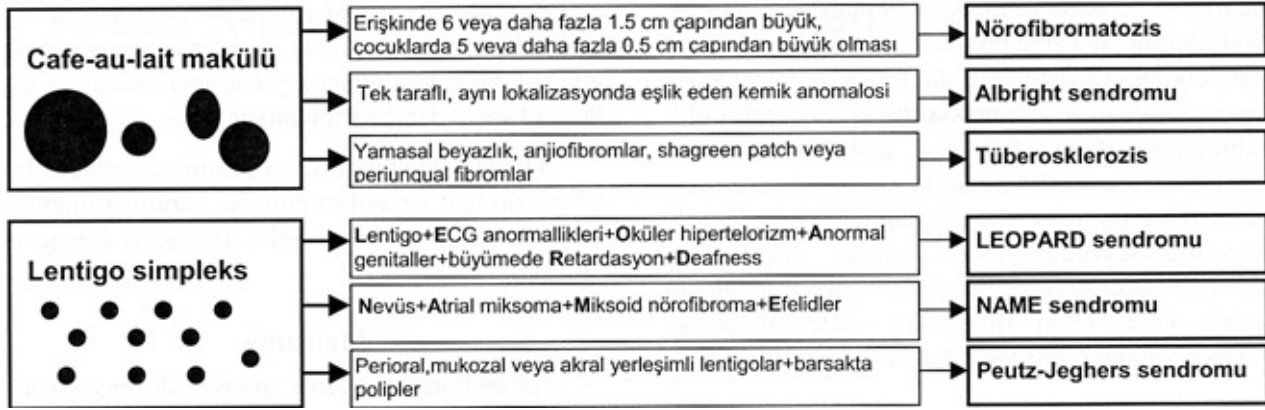
Yüzde kahverengi leke oluşumuna yolaçan bu tabloların tanı ve ayırıcı tanısına yardımcı olabilecek algoritmik yaklaşım Şekil 1 ve Şekil 2'de gösterilmiştir (1-21).

Melazma

Güneş gören alanlarda, sınırları düzensiz, kah-verengi maküllerle karakterize oldukça sık görülen edinsel bir hipermelanozistir (4,5,7,11-14). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda görülmesine rağmen %10 oranında da erkeklerde saptanmaktadır. Klinik olarak; en sık rastlanan alın, yanaklar, burun, üst dudak ve çeneyi tutan sentrofasyal patern, daha az sıklıkla görülen yanaklar ve burnu tutan malar patern ve en az rastlanan mandibula köşelerini tutan mandibüler paternde hiperpigmentasyon gözlenmektedir.



Şekil 1. Yüzün kahverengi lekelerinde algoritmik tanı yaklaşımı.



Şekil 2. Cafe-au-lait makülleri ve lentigolu olgulara algoritmik yaklaşım.

Lentigolar

Lentigolar 0.5 cm çapından küçük kahverengi maküllerdir. Solar lentigo sadece güneşe maruz kalan alanlarda görülürken; lentigo simpleks tüm vücutta yaygın olarak bulunabilir (4,11). Yine lentigo simpleks; LEOPARD, NAME veya Peutz-Jeghers gibi bazı sendromların bir parçası olabilir (Şekil 2) (4,11). Ayrıca agmine lentigolar olarak adlandırılan tabloda lentiginöz lezyonlar biraraya gelerek bir grup oluştururlar (4,15,16). Klinik olarak nevüs spilusu andıran bu tablo, nevüs spilustan kahverengi zemininin olmayışıyla ayırtdılır.

Efelidler

Efelidler 0.5 cm çapından küçük ve güneşe maruz kalan alanlarda görülen kahverengi maküllerdir (4,5,7-9,11,12). Genellikle mavi gözlü, sarı ve kızıl saçlı bireylerde rastlanılan efelidler sıklıkla yaşamın ilk birkaç yılında ortaya çıkarlar. Solar lentigolarla gerek klinik gerekse de histopatolojik olarak büyük benzerlikler gösteren efelidlerin en belirleyici özellikleri çocukluk çağında başlamaları ve kış aylarında pigment yoğunluklarının gerileme göstermesidir.

Postinflamatuvar Hiperpigmentasyon

Aktinik liken planus, diskoid lupus eritematozus ve dermatitler (özellikle foto veya fitofotokontakt) gibi inflamatuvar süreçler iyileşirken yerlerinde hiperpigmentasyon bırakırlar (4,5,7-9,11-13). Bu bakımdan anamnezde hiperpigmentasyona öncülük edebilecek hastalıklar sorgulanmalıdır.

İlaçlara Bağlı Hiperpigmentasyon

Psoralenler, hidantoin türevleri, oral kontraseptifler, fenotiyazinler, amiodaron, tetrasiklinler, sülfonamidler, bleomisin, siklofosfamid ve gümüş, altın, bizmut gibi ağır metaller değişik mekanizmalarla özellikle güneş gören alanlarda hiperpigmentasyonlara yol açarlar (4,5,7-9,11-13). Ayrıca barbituratlar, salisilatlar, fenasetin ve fenolftalein gibi ilaçlar yüz de dahil olmak üzere vücudun farklı bölgelerinde fiks ilaç erüpsiyonuna neden olarak hiperpigmente maküllerin oluşumuna neden olurlar. Ayırıcı tanıda bu erüpsiyonların tekrarlayıcı özellikleri hatırlanmalıdır.

Riehl Melanozu

Çoğunlukla orta yaşlı bayanlarda yüz, boyun, el sırtları ve ön kollarda yerleşim gösteren retiküler tarzda hipermelanozistir(4,17). Patogenezi kesin olarak aydınlatılamamışsa da kabul edilen görüş; bu olayın ışığa duyarlandırıcı kimyasalları içeren kozmetik ürünlere bağlı olarak gelişmesi şeklindedir.

Hipertiroidi

Tiroid hormonlarının fazlalığında özellikle yüzde diffüz veya patch tarzında hiperpigmentasyonlara rastlanılabilir (4).

Ota Nevüs

Trigeminal sinirin oftalmik ve maksiller dallarının innerve ettiği alanlarda unilateral yerleşimli, klinik olarak gri ve kahverengi renkte maküllerin karışımı şeklinde görülen dermal nevüslerdir (4,7-10,18). Nadiren bilateral de olabilen bu lezy-

onlar, bazen göz ve damakta da bulunabilir. Melanosit-lerin nöral krestten göç edip epidermise yerleşmeleri sürecindeki gelişimsel anomalilere bağlı olarak dermiste kalmaları sonucunda ortaya çıkarlar.

Cafe-au-lait Makülleri

Cafe-au-lait makülleri, doğumda veya doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkan 2-20 mm çapında, keskin sınırlı maküler lezyonlar olarak tanımlanabilir (4,7,8,10-12,19). Normal popülasyonun %10-20'sinde izole olarak bulunabildikleri gibi nörofibromatozis, Albright sendromu veya tüberosklerozis gibi multisistemik hastalıkların bir parçası da olabilirler (Şekil 2). Bu nedenle cafe-au-lait makülleri saptanan olgularda eşlik edebilen deri ve sistem bulguları araştırılmalıdır.

Becker Melanozisi

Genellikle 10 ile 20 yaş arası gençlerde, tek taraflı, üzerinde kıllar içeren kahverengi renkte lezyonlarla karakterizedir. Erkeklerde daha sık görülen bu tablo, çoğunlukla gövdeye yerleşmektedir. Ancak nadiren yüz lokalizasyonuna da rastlanabilmektedir (4,7,8,11,12).

Nevüs Spilus

Zosteriform lentiginöz nevüs olarak da adlandırılan bu antite, klinik olarak cafe-au-lait maküllerine benzer kahverengi bir zeminde daha koyu renkli papüllerle karakterizedir (4,6,10,20). Konjenital ve genellikle tek sayıda olan bu lezyondaki koyu pigmentli alanlar jonksiyonel, kompaund, displastik veya blue nevüs özelliğindedir. Agmine lentigolarda farklı olarak koyu pigmentli alanlar daha açık renkli bir zeminde yerleşmektedirler. Çünkü agmine lentigolardaki lentiginöz lezyonlar, normal görünümü deri üzerinde biraraya gelmişlerdir.

Ailesel Periorbital Hiperpigmentasyon

Gözlerin çevresinde hiperpigmente dairesel alanların olmasıdır. Otozomal dominant olarak kalıtılan bu tabloda hiperpigmentasyon genellikle puberte çağında ve göz kapaklarının altından başlar (4).

Pratikte sıkça karşılaştığımız yüzde kahverengi lekelerle algoritmik yaklaşımının tanıda büyük kolaylıklar sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak dermatolojide 2000'den fazla hastalığın bu-

lunduğu anımsandığında bu yaklaşımın bazı durumlarda yetersiz kalabileceği gün gibi aşikardır.

KAYNAKLAR

1. Brody HJ. History of chemical peels. In: Baxter S, eds. Chemical peeling and resurfacing, 2th ed. United States of America: Mosby-Year Book Inc, 1997: 1-5.
2. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne J, Hori Y. Normal skin color and general considerations of pigmentary disorders. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 936-44.
3. Nordlund JJ. Introduction to the biology of the pigment system. In: Mochella SL, Hurley HJ, eds. Dermatology, 3th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992: 1421-41.
4. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne J, Hori Y. Hypomelanoses and hypermelanoses. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 945-1017.
5. Baransü O. Pigmentasyon bozuklukları. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O ed. Dermatolojide, 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994: 555-60.
6. Rhodes AR. Benign neoplasias and hyperplasias of melanocytes. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 1018-59.
7. Arnold HL, Odom RB, James WD. Disturbances of pigmentation. In: Andrews' diseases of the skin, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990: 991-1007.
8. Bleehen SS. Disorders of skin colour. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. Textbook of Dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1998: 1753-1815.
9. Spielvogel RL, Kantor GR. Pigmentary disorders of the skin. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr. B, eds. Lewer's histopathology of the skin, 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publ, 1997: 617-23.
10. Elder D, Elenitsas R. Benign pigmented lesions and malignant melanoma. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr. B, eds. Lewer's histopathology of the skin, 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publ, 1997: 625-84.
11. Kang S, Sober AJ. Disturbances of melanin pigmentation. In: Mochella SL, Hurley HJ, eds. Dermatology, 3th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1992:1442-74.
12. Levine N. Pigmentary abnormalities. In: Schachner LA, Hansen RC, eds. Pediatric Dermatology, 2th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 539-82.
13. Pandya AG, Guevara IL. Disorders of hyperpigmentation. Dermatol Clin 2000;18: 91-8.
14. Grimes PE. Melasma. Etiologic and therapeutic considera-

- tions. Arch Dermatol 1995; 131:1453-7.
- 15.Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Lembo D. Agminated lentiginosis: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol 1994; 11:241-5.
- 16.Trattner A, Metzker A. Partial unilateral lentiginosis. J Am Acad Dermatol 1993; 29:693-5.
- 17.Lautenschlager S, Itin PH. Reticulate, patchy and mottled pigmentation of the neck. Acquired forms. Dermatology 1998; 197:291-6.
- 18.Whitmore SE, Wilson BB, Cooper PH. Late-onset nevus of Ota. Cutis 1991; 48:213-6.
- 19.Landau M, Krafchik BR. The diagnostic value of cafe-au-lait macules. J Am Acad Dermatol 1999; 40:877-90.
- 20.Vion B, Belaich S, Grossin M, Preaux J. Developmental aspects of nevus spilus: review of the literature apropos of 7 cases. Ann Dermatol Venereol 1985; 112:813-9.
- 21.Weinberg JM, Schutzer PJ, Harris RM, Tangoren IA, Sood S, Rudolph RI. Melanoma arising in nevus spilus. Cutis 1998; 61:287-9.