

Ekstrafasiyal Rozasea: İki Olgu Sunumu

EXTRAFACIAL ROSACEA: REPORT OF TWO CASES

Dr. Zülal ERBAĞCI,^a Dr. İbrahim ERBAĞCI,^b Dr. A. Almıla TUNCEL,^a

^aDermatoloji AD, ^bOftalmoloji AD, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, GAZİANTEP

Özet

Rozasea genellikle yüzün orta kısmını tutan, rekürren flushing (ani kızarıklık) atakları, kalıcı eritem, telanjiektazi, papül ve püstüllerle karakterize, sık görülen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Hastalık nadiren boyun, göğüs, kulaklar, saçlı deri, sırt ve üst ekstremiteler gibi ekstrafasiyal bölgeleri tutabilir. Özellikle karakteristik klinik ve histolojik bulguların yokluğunda ekstrafasiyal (periferik) rozasea tanısı zor olabilir ve hastalara yanlış tanılarla uygun olmayan tedaviler uygulanabilir. Bu bildiriye fasiyal ve oküler lezyonlara ilâveten ekstrafasiyal tutulumu olan iki rozasea olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ekstrafasiyal rozasea, doksisisiklin, izotretinoin, metronidazol

Abstract

Rosacea is a common chronic inflammatory dermatosis characterized by recurrent flushing episodes, persistent erythema, telangiectasia, papules and pustules affecting centofacial region. The disease may rarely involve extrafacial regions such as neck, chest, ears, scalp, back and upper extremities. The diagnosis of extrafacial (periferic) rosacea may be difficult, especially in the absence of characteristic clinical and histological findings, and the patients might have been treated improperly with various misdiagnoses. In this report, we present two cases of rosacea with extrafacial involvement in addition to facial and ocular lesions.

Key Words: Rosacea, doxycycline, isotretinoin, metronidazole

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006, 16:197-200

Rozasea sıklıkla yüzün orta kısmını tutan, rekürren flushing (ani kızarıklık) atakları ile başlayan ve daha sonraları kalıcı eritem, telanjiektazi, papül ve püstüllerin gelişimiyle karakterize, daha çok orta yaşlı kadınlarda görülen kronik inflamatuvar bir dermatozdur. Amerikan Ulusal Rozasea Derneği Uzmanlar Komitesi 2004 konsensus raporuna göre hastalığın eritematotelanjiekstatik (ETR), papülopüstüler (PPR), oküler (OR) ve fimatöz (FR) olmak üzere dört subtipi belirlenmiştir.¹ Daha sonraları Crawford ve ark. tarafından seboreik deride ve genellikle erkeklerde görülen, eritemli zeminde akneiform lezyonlarla karakterize glandüler rozasea (GR) varyan-

tının sınıflamaya eklenmesi önerilmiştir.² GR'da, klasik rozasea formlarının aksine flushing reaksiyonu ve topikal ajanlarla irritasyon nadir görüldüğü, ancak tedavi edilmediğinde santral fasiyal ödem ve glandüler tipte rinofima gelişimi olasılığının fazla olduğu bildirilmiştir. Oküler tutulum sıklıkla rozaseanın herhangi bir tipine, özellikle ETR'ya eşlik eder ve %20'ye varan oranlarda da göz tutulumu deri bulgularından önce başlar. Ancak deri tutulumu ile birlikte olmayan OR sıklıkla tanıma güçlüğüne yol açmaktadır.³

Rozaseada boyun, göğüs, kulaklar, saçlı deri, sırt ve üst ekstremiteler gibi ekstrafasiyal bölgeler de nadir olmakla birlikte tutulabilmektedir.^{4,5} Periferik veya ekstrafasiyal rozasea (EFR) klinik olarak papülopüstüler (özellikle ekstremitelerde tutulumunda) ve daha nadiren eritematotelanjiekstatik lezyonlarla karakterizedir. Histolojik olarak fasiyal rozaseada görülen bulgulara ek olarak vasküler ektazinin daha belirgin olması, fokal granülom oluşumu ve nadiren vaskülitik bulgular gözlenir.

Geliş Tarihi/Received: 07.02.2006 Kabul Tarihi/Accepted: 03.05.2006

I. Ege Dermatoloji Günleri, Mayıs 2005, Bodrum'da yazılı bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Zülal ERBAĞCI
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, GAZİANTEP
zerbagci@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

Fasiyal rozasea %10'a varan oranlarda görülmekteyken EFR'nın %2.1 oranında görüldüğü ve flushing reaksiyonunun nispeten daha az eşlik ettiği bildirilmiştir.^{1,2,5} Özellikle diagnostik klinik ve histolojik bulguların yokluğunda EFR tanısı zor olabilir ve hastalar yanlış tanımlarla uygun olmayan tedaviler alabilir. Bu bildiride fasiyal ve oküler tutulumla ilaveten ekstrasfasiyal tutulumu olan iki rozasea olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumları

Olgu 1. Yirmi yaşındaki erkek hasta bir yıldan beri stres, ekzersiz, güneş ve sıcakla ortaya çıkan ve giderek kalıcı hale gelen yüzde kızarma, zaman zaman ortaya çıkan sivilceler, gözlerde kızarıklık, yanma-batma hissi, kaşıntı ve sık arpacık çıkması nedeniyle başvurdu. Son birkaç aydır yüzdeki kızarma ataklarının boyun, ense, kulaklar, göğüs ve omuzları da etkilediği; hastanın bu yakınmaları nedeniyle ürtiker, allerjik konjunktivit,

kontakt dermatit ve akne vulgaris gibi tanımlarla çeşitli H1 antihistaminikler, oral ve topikal kortikosteroidler ve benzoil peroksitli preparatları kullandığı ancak bir yarar görmediği öğrenildi. Dermatolojik muayenede yanaklar, alın, boyun ve presternal bölgede eritem ve telanjiektaziler, yüzde az sayıda papülopüstüller lezyonlar görüldü. Ekzersiz sonrası oluşan flushing atağı sırasında kulaklar, omuzlar, göğüs ön duvarı ve epigastriyumda ürtiker benzeri lezyonların geliştiği (Resim 1), daha sonra epizodik eritemin azalmasıyla bu alanlardaki eritemin de gerilediği gözlemlendi. Oftalmolojik muayenede bulber ve palpebral konjunktivada ince telanjiektaziler, kronik konjunktivit ve gözyaşı yıkım zamanında kısılma tespit edildi. Deri yüzey biyopsisiyle *Demodex folikülorum* yanakta ($> 10/cm^2$) ve alında ($5/cm^2$) pozitif bulundu. Kirpik epilasyonu da parazit görüldü. Biyokimyasal ve serolojik testlerde kayda değer bir anormallik tespit edilmeyen hasta oral



(a)



(b)

Resim 1 a, b. Yirmi yaşındaki erkek hastada ekstrasfasiyal ve oküler tutulumla birlikte gösteren eritematotelanjiektatik rozasea (Olgu 1).

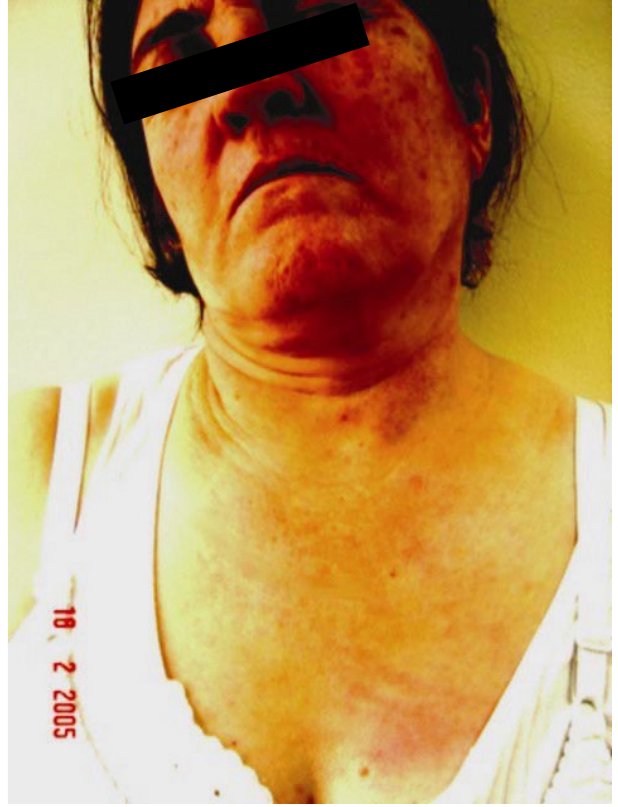
doksisisilin (2 x 100 mg/g), topikal %0.75'lik topikal metronidazol jel ve kuru göz semptomları için artifişiyel gözyaşı ile tedavi başlandı. Fiziksel güneş koruyucuları önerilen ve flushing ataklarını önleyici yaklaşımlarla birlikte göz kapağı hijyeni konusunda da bilgilendirilen hastanın 8 hafta sonra yapılan kontrollerinde fasiyal, ekstrasfasiyal ve oküler lezyonlarında belirgin gerileme gözlendi.

Olgu 2. Kırksekiz yaşındaki kadın hasta on yıldan beri yüzde ve burunda giderek fazlaşan kızarıklık, sivilceler, gözlerde kaşıntı, kızarıklık ve kirpik diplerinde kepeklenme yakınmalarıyla başvurdu. Sıcak ve baharatlı yiyecekler, emosyonel stres, yorgunluk ve iklim değışiklikleriyle deri lezyonlarının kötüleştiğı ve son iki yıldır çene altı, boyun, presternal bölge ve saçlı deride de benzer lezyonların ortaya çıktığı, burnun morumsu kırmızı bir renk alarak giderek genişlediğı öğrenildi. Daha önce matür akne, folikülit, seboreik dermatit ve pitirosporum folikülit gibi tanılarla çeşitli topikal antibiyotikli ve kortikosteroidli pomadlar, antiseboreik şampuanlar, oral antifungal ve antibiyotikler kullanan ancak yarar görmeyen hastanın yapılan muayenesinde yanaklar, burun, çene, çene altı, boyun ve göğüste eritem, telanjiektaziler, papül ve püstüller, saçlı deride çok sayıda çeşitli büyüklükte papülopüstüler lezyonlar görüldü. Cilt seboreik olup akne skarları mevcuttu. (Resim 2) Oftalmolojik muayenede skuamöz blefarit, kronik konjunktivit ve palpebral telanjiektaziler gözlendi. Schirmer testi ve gözyaşı yıkım zamanı ölçümleri normaldi. Yanak, burun ve çene derisinde ve kirpik diplerinde çok miktarda (> 10/cm²) *D. folikülorum* mevcuttu. Biyokimyasal ve serolojik analizleri normal bulunan ve oral izotretinoin (0.3/mg/g), topikal metronidazol, artifişiyel gözyaşı ve kapak masajı ile tedaviye başlanan ve 2 aylık takip sonunda lezyonlarında önemli ölçüde gerileme görülen hastanın tedavisi halen devam etmektedir.

Olgulardan "bilgilendirilmiş olur" alındıktan sonra yayınlanmalarına karar verildi.

Tartışma

Özellikle orta yaşlı ve beyaz tenli kadınlarda sık görülen, uygun tedavi edilmediğinde kalıcı şekil bozukluklarına ve oküler sekillere yol açabilen



Resim 2. Rinofima, yüz, çene altı, boyun ve presternal bölgede eritematöz zeminde papülopüstüler lezyonlar (Olgu 2).

rozasea daha genç yaşlarda ve değışik lokalizasyonlarda görüldüğünde tanısız zorluklara neden olabilmektedir.⁶⁻⁸ Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, termal mekanizmaların disregülasyonu, fasiyal vasküler hiperreaktivite ve kutanöz hipersensitivite zemininde hormonal faktörler, immün disfonksiyon ve inflamatuvar mediyatörler, psikonörojenik faktörler, *D. folikülorum*, *Helikobakter pylori* enfeksiyonu, kan dolaşımında bulunan toksinler, aktinik ve diğer çevresel hasarlar, lenfatik sistem disfonksiyonu, defektif antioksidan sistem, gastrointestinal ve kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, katelisin düzeylerinde artış, bakteriyel enfeksiyonlar, hepatopati, ağır ekzersiz, sebore, folikül anomalileri, nutrisyonel faktörler, iritan topikal bakım ürünleri ve ilaçlar suçlanmıştır.⁹⁻¹¹

EFR'nin tanısındaki zorluklar nedeniyle bildirilen olgu sayısının az olduğu sanılmaktadır.¹²⁻¹⁶ EFR fasiyal rozaseayla bir arada olabileceğı gibi izole olarak da görülebilir. Wilkin, epigastrik bölgeyi de

tutan ve alkol alımıyla şiddetli flaşing reaksiyonu gelişen bir ETR olgusu sunmuş, Fisher areola mammayı tutan diğer bir olgu bildirmiştir.^{14,15} Gajewska androjenetik alopesili 4 hastada yüzün yanı sıra saçlı deriyi de tutan EFR tanımlayarak patogeneizde eksternal faktörlerin rolüne dikkati çekmiştir.¹⁶ Ülkemizden de Aydoğan ve ark., ağır fasiyal tutulumun yanısıra saçlı deride alopesiye yol açan ayrıca boyun, gövde, sırt ve üst ekstremitelerde eritemli zeminde yaygın papülopüstüler lezyonları olan ve sistemik tetrasiklinle birlikte topikal metronidazol tedavisine iyi yanıt alınan bir erkek hasta bildirmiştir.¹⁷

Ekstrafasiyal lezyonlar genellikle olağan rozasealılarda tanımlanmıştır. Haugstvedt ve Bjerke, daha önce herhangi bir deri hastalığı olmayan ve romatoid artrit nedeniyle 2 ay süreyle metotreksat kullanan 35 yaşındaki bir kadın hastada, prednizolon ve tetrasiklin tedavisine rağmen giderek kötüleşerek yüz dışında göğüs, el sırtları, kollar ve uyluklarda yerleşmiş ülsere lezyonlar, psödolökoid reaksiyon ve ateşle karakterize bir rozasea fulminans olgusu bildirmişlerdir.¹⁸ Ancak bu olgu dışında Plewig ve ark. rozasea fulminanslı 20 olgunun sadece küçük bir kısmında ve az sayıda ekstrafasiyal lezyon tanımlamışlardır.¹⁹ Helm ve ark. granümatöz rozasealı 53 hastanın 8'inde ekstrafasiyal lezyonlar gözlediklerinden bu olgularda EFR'nin daha sık olduğu öne sürülmüştür.²⁰ Ohata ve ark., tükürük ve gözyaşı bezlerini de tutan bir granümatöz rozasea olgusu bildirmişlerdir.²¹ Ancak 2004 sınıflamasında granümatöz rozaseanın sınıflama dışı bırakıldığı göz önünde bulundurulduğunda bu olguların rozasea ile ilişkisi şüphelidir.

Daha çok ETR ve PPR şeklinde klinik bulguları olan EFR'da flushing ataklarının daha az görüldüğü kabul edilmektedir. Ancak olgularımızda, özellikle Olgu 1'de ekstrafasiyal bölgeleri de şiddetle etkileyen flushing reaksiyonu gözlenmiştir. Bu olgunun diğer bir özelliği hastalığın adölesan çağda başlaması ve çeşitli yanlış tanımlarla izlenmesidir. Olgu 2 ise GR özellikleri taşımakla birlikte ekstrafasiyal lezyonların rozaseayla ilişkisi daha önce düşünülmemiştir. Olgularımızda güneş ve diğer çevresel faktörlerden daha az etkilenen ve nispeten daha az pilosebace birim içeren ekstrafasiyal bölgelerde flushing ataklarının ve diğer lezyonların gelişmesi, kutanöz ve vasküler

hipereaktivitenin yüz bölgesine sınırlı olmadığını ve patogeneizde psikonörolojik ve internal faktörler başta olmak üzere çeşitli faktörlerin katkısını düşündürmektedir. Sonuç olarak rozasealı hastalarda gözle birlikte EFR açısından diğer bölgelerin de incelenmesinin ihmal edilmemesi gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. National Rosacea Society Expert Committee. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:907-12.
2. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:327-41.
3. Zengin N, Tol H, Gunduz K, Okudan S, Balevi S, Endogru H. Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. *Cornea* 1995;14:144-6.
4. Dupont C. How common is extrafacial rosacea? *J Am Acad Dermatol* 1986;14:839.
5. Marks R, Jones EW. Disseminated rosacea. *Br J Dermatol* 1969;81:16-28.
6. Lacz NL, Schwartz RA. Rosacea in the pediatric population. *Cutis* 2004;74:99-103.
7. Djakovic Z, Milenkovic S, Pesko P, Djukic N. Rosacea as a multisystemic disease. *Srp Arh Celok Lek* 2003;131:474-8.
8. Rockl H, Schropf F, Scherer M. Rosacea with extrafacial localization. *Hautarzt* 1969;20:348-51.
9. Erbağcı Z. Rozasea: Sınıflama ve Etiyopatogeneizde Son Görüşler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2005;15:105-16.
10. Utaş S, Ozbakir O, Turasan A, Utaş C. Helicobacter pylori eradication treatment reduces the severity of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:433-5.
11. Erbağcı Z, Ozgoztasi O. The significance of Demodex folliculorum density in rosacea. *Int J Dermatol* 1998;37:421-5.
12. Ayres S. Extrafacial rosacea is rare but does exist. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:391-2.
13. Malak J, Hadi U. Otic rosacea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:479.
14. Wilkin JK. Epigastric rosacea. *Arch Dermatol* 1980;116:584.
15. Fisher I. Areolar rosacea. *Cutis* 1974;24:279.
16. Gajewska M. Rosacea of common male baldness. *Br J Dermatol* 1975;93:63-6.
17. Aydoğan K, Balaban Ş, Tunali Ş. Ekstrafasiyal rozasea: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *T Klin Dermatol* 2004;14:156-61.
18. Haugstvedt A, Bjerke JR. Rosacea fulminans with extrafacial lesions. *Acta Derm Venereol* 1998;78:70-1.
19. Plewig G, Jansen T, Kligman AM. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: Is it rosacea? *Arch Dermatol* 1992;128:1611-7.
20. Helm KF, Menz J, Gibson LE, Dicken CH. A clinical and histopathologic study of granulomatous rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:1038-43.
21. Ohata C, Saruban H, Ikegami R. Granulomatous rosacea affecting the lacrimal and salivary glands. *Arch Dermatol* 2004;140:240-2.