

# Palmoplantar Tutulumu da Olan Pityriasis Rosea

## PITYRIASIS ROSEA WITH PALMOPLANTAR INVOLVEMENT: SCIENTIFIC LETTER

Dr. Muhterem POLAT,<sup>a</sup> Dr. Aylin Özel PELİTLİ,<sup>b</sup> Dr. Pınar ÖZTAŞ,<sup>a</sup> Dr. Güneş GÜR,<sup>a</sup>  
Dr. Bahar SEVİMLİ DİKİCİER,<sup>a</sup> Dr. Hicran ERCAN,<sup>a</sup> Dr. Nuran ALLI<sup>a</sup>

<sup>a</sup>1. Dermatoloji Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
<sup>b</sup>Dermatoloji Bölümü, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

### Özet

Pityriasis rosea (PR) genellikle çocuk ve genç erişkinleri etkileyen, akut, kendini sınırlayan inflamatuvar bir hastalıktır. Klasik olarak gövde ve proksimal ekstremitelere yerleşen papüloskuamöz erüpsiyonla karakterizedir. Tipik seyirli olgularda klinik özellikler, öncelikle 2-6 cm çapında 'madalyon plak'ın ortaya çıkması, daha sonra da 2 cm çapa varabilen yaygın papüloskuamöz ovoid maküllerin 'çam ağacı' paterninde gelişmesidir. Sıklıkla eller ve ayaklar tutulmaz. Atipik hastalık hastaların %10-%15'inde ortaya çıkar ve tanısal açıdan karışıklığa yol açabilir. Böyle olgularda deri biyopsisi tanı koymada yardımcıdır. Bu makalede gövde lezyonlarının yanı sıra palmoplantar yerleşimli lezyonları da bulunan, klinik ve histopatolojik olarak PR tanısı alan 22 yaşında bayan hasta sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Pityriasis rosea, papüloskuamöz deri hastalığı

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:115-117**

### Abstract

Pityriasis rosea (PR) is an acute self-limited inflammatory disorder that primarily affects children and young adults. It is characterized by a distinctive papulosquamous skin eruption classically distributed on the trunk and proximal extremities. The clinical features of the typical cases are first the appearance of the herald patch, 2-6 cm in diameter, followed by the development of disseminated, smaller, papulosquamous ovoid macules, up to 2 cm in diameter, arranged in a 'Christmas-tree' pattern. Usually, the hands and feet are spared. Atypical disease occurs in 10-15% of patients and may pose a diagnostic challenge. In such cases skin biopsy helps to make the diagnosis. In this article we present a 22-year-old female patient who presented with palmoplantar lesions as well as truncal lesions and diagnosed as PR both clinically and histopathologically.

**Key Words:** Pityriasis rosea, skin diseases, papulosquamous

**P**R, genellikle genç erişkinlerde görülen, sebebi belli olmayan akut başlangıçlı, kendini sınırlayan papüloskuamöz bir deri hastalığıdır.<sup>1</sup> Hastalığın etiyojisi bilinmemektedir. Enfeksiyöz etkenler, atopik zemin ve otoimmünitenin hastalığın gelişmesinde rol oynayabileceği öne sürülmüş, ancak kesinlik kazanmamıştır.<sup>2</sup> En sık yerleşim yeri gövde ve ekstremitelerin proksimal kısmıdır.<sup>1</sup> Bu makalede, vücutta yerleşmiş pitriasis lezyonları yanı sıra, el içi ve ayak tabanlarında da tutulum olan bir hasta sunulmaktadır.

Yirmi iki yaşında bayan hasta, gövde ön ve arka yüzü, uyluklar, avuç içleri ve ayak tabanlarında yaklaşık 2 haftadır bulunan kaşıntılı kırmızı renkli döküntüler şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenede, gövdede ve uylukta yerleşmiş, bazılarında skuam bulunan çok sayıda eritemli makülopapüler lezyonlar izlendi. Avuç içi ve ayak tabanlarında da bazılarının etrafında yakalık tarzı skuam bulunan eritemli lezyonlar vardı (Resim 1). Hastanın öyküsünden, madalyon plak oluşmadığı ve avuç içleri ile ayak tabanlarındaki lezyonların da diğer bölgelerdekilerle aynı zamanda oluştuğu öğrenildi. Lezyonlar ortaya çıkmadan önce herhangi bir enfeksiyon, ilaç kullanım öyküsü yoktu. Dermatolojik bulgular haricinde diğer fizik muayene bulguları doğaldı. Hastanın bütün rutin tetkikleri, VDRL ve TPHA da dahil olmak üzere normal sınırlardaydı. Sırttaki ve

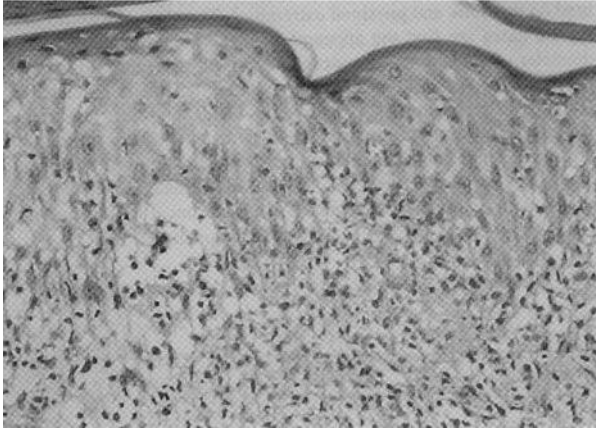
Geliş Tarihi/Received: 28.11.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 20.01.2006

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Muhterem POLAT  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
1. Dermatoloji Kliniği, ANKARA  
drmuhterempolat@mynet.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri



**Resim 1.** Avuç içinde etrafında yakalık tarzı skuam bulunan eritemli lezyonlar.



**Resim 2.** Avuç içinden alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi; yüzye hafif parakeratoz, epidermiste hafif spongiöz ile yaygın eritrosit ve lenfosit ekzositozu, üst dermiste konjesyon, ödem, belirgin eritrosit ekstrasvazyonu ve arada mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izleniyor (HE x 200).

avuç içindeki lezyonlardan alınan punch biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemesi PR ile uyumlu olarak geldi (Resim 2). Topikal kortikosteroid ve oral antihistaminik tedavisi ile lezyonlarda 8 hafta içinde gerileme olduğu görüldü.

PR, sık görülen, sebebi bilinmeyen ve genellikle genç erişkinleri etkileyen akut bir deri hastalığıdır. En sık 20-29 yaşları arasında ortaya çıkar ve cins ayırımı gözlenmez.<sup>3</sup> Hastalığın etiyojisi bilinmemekte, ancak değişik faktörler suçlanmak-

tadır. Hastalığın sonbahar ve kış olmak üzere mevsimsel kümelenme göstermesi, aile bireyleri arasında görülebilmesi, ekzantemlerle seyretmesi, enfeksiyöz bir hastalık olduğunu düşündürmüştür.<sup>4</sup> Human herpes virüs-7, Human herpes virüs-6, sitomegalo virüs, Ebstein-Barr virüs, parvovirüs B19, picorna virüs, influenza ve parainfluenza virüs, lejyonella, mikoplazma, klamidy gibi enfeksiyöz ajanların PR ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş, ancak ispatlanamamıştır.<sup>5</sup> Yapılan bir çalışmada, eritromisinin PR'li hastaların tedavisinde başarılı olduğu gösterilmiştir.<sup>6</sup> Ancak tedavideki etkinlik, PR'nin enfeksiyöz etiyojije sahip olduğunu ispatlamaz, çünkü eritromisin antimikrobiyal potansiyelinin yanı sıra immünmodülatör etkiye de sahiptir.<sup>5</sup> Hastalığın etiyojisinde otoimmünite, atopi ve genetik predispozisyon gibi hipotezler de öne sürülmüş, ancak bunlar da kanıtlanamamıştır.<sup>2,5</sup>

PR'nin tipik klinik özellikleri; deride 'madalyon' adı verilen, 2-6 cm çapında öncü bir plağın ortaya çıkması ve daha sonra da genellikle gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yaygın papüloskuamöz döküntülerin gelişmesidir.<sup>1,7</sup> Hastaların %25'inde değişen derecelerde kaşıntı bulunur.<sup>3</sup> Erüpsiyon genellikle 2-12 hafta süresince devam ederek kendiliğinden geçer. Atipik formlar; papüler, purpurik, veziküler, püstüler, invers, PR urticata, PR gigante şeklinde olup, yaklaşık olarak hastaların %10-15'inde ortaya çıkar ve tanısal açıdan karışıklığa yol açar.<sup>8</sup> Ayrıca likenoid lezyonlar, eritema multiforme benzeri lezyonlar ve ekfoliyatif dermatit şeklinde de görülebilir.<sup>3,7-9</sup> PR'de yüz, avuç içi ve ayak tutulumu nadir görülmekte ve hastalığın atipik formu olarak kabul edilmektedir.<sup>8</sup> Imamura ve ark. 1 tanesinde palmar tutulum bulunan 6 atipik PR olgusu, Miranda ve ark. tipik lezyonların yanı sıra palmoplantar lezyonlar da bulunan 1 olgu bildirmişlerdir.<sup>7,10</sup> Öztaş ve ark.da palmoplantar tutulumun eşlik ettiği bir PR olgusu raporlamışlardır.<sup>11</sup> PR olgularında avuç içi ve ayak tabanı da tutulmuşsa sekonder sifiliz olabileceği de göz önünde bulundurularak gereken laboratuvar testleri yapılmalıdır. Bizim hastamızda da palmoplantar

tar tutulum vardı. Sifiliz tanısını uzaklaştırmak amacıyla hastadan VDRL, TPHA istendi ve sonuçlar negatif olarak geldi.

PR'de klinik görünüm genellikle tanı koymak için yeterlidir.<sup>1</sup> Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; diğer papüloskuamöz hastalıklar, ilaç erüpsiyonları, viral ekzantemlerdir Madalyon plak ise tinea korporis ile karışır.<sup>8</sup> Atipik prezentasyonlarda klinik olarak tanı koymak zor olduğu için biyopsi gerekmektedir.<sup>2</sup>

PR kendini sınırlayan bir hastalık olduğu için her zaman tedavi gerektirmez. Kaşıntıya yönelik antihistaminik ilaçlar verilebilir. Kısa süreli sistemik kortikosteroidler, UVB, oral eritromisin de tedavide denenmiş ilaçlardır.<sup>2</sup>

Sonuç olarak; PR'nin atipik formlarla prezente olabileceği ve atipik yerleşim gösterebileceği, ayrıca birçok hastalıkla karışabileceği unutulmamalı, özellikle palmoplantar tutulum olduğunda sifilizle ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Karnath B, Hussain N, Bevin M. Pityriasis rosea: Appearance and distribution of macules aid diagnosis. *Postgrad Med* 2003;113:93-4.
2. Pityriasis rosea. *Canadian Family Physician* 2004;50:49-50.
3. Stulberg DL, Wolfrey J. Pityriasis rosea. *Am Fam Physician* 2004;69:87-91.
4. Kemp FW, Burg G. Pityriasis rosea-a virus-induced skin disease? An update. *Arch Virol* 2000;145:1509-20.
5. Chuh A, Chan H, Zavar V. Pityriasis rosea-evidence for and against an infectious aetiology. *Epidemiol Infect* 2004; 132:381-90.
6. Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK, Taneja N, Satyanarayana L. Erythromycin in pityriasis rosea: A double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:241-4.
7. Imamura S, Ozaki M, Oguchi M, Okamoto H, Horiguchi Y. Atypical pityriasis rosea. *Dermatologica* 1985;171:474-7.
8. Bernardin RM, Ritter SE, Murchland MR. Papular pityriasis rosea. *Cutis* 2002;70:51-5.
9. Chuh A, Zavar V, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: Case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:120-6.
10. Miranda SB, Lupi O, Lucas R. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18: 622-5.
11. Öztaş P, Çalikoğlu E. Palmoplantar pityriasis rosea. *Lep Mec* 2003;34:49-52.