

Topikal Kortikosteroid Kullanımı Sonrası Norveç Uyuzu

Norwegian Scabies After Topical Corticosteroid Use: Case Report

Doç.Dr. Mustafa TUNCA,^a
Uz.Dr. Mutlu ÇAYIRLI,^a
Doç.Dr. Ercan ARCA,^a
Prof.Dr. Ahmet AKAR,^a
Prof.Dr. Murat DEMİRİZ^b

^aDermatoloji AD,
^bPatoloji AD,
GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 04.01.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 20.04.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Doç.Dr. Mustafa TUNCA
GATA, Dermatoloji AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
msttnc@hotmail.com

ÖZET Topikal kortikosteroidler sık kullanılan tedavi ajanlarıdır. Doğru tanı konulmadığı durumlarda topikal steroidlerin uyuzlu hastalarda uzun süre uygulanmasından sonra uyuzun nadir görülen, çok bulaşıcı ve şiddetli bir formu olan Norveç uyuzu gelişebilir. Bu olgu sunumunda uzun süreli topikal kortikosteroid kullanımı sırasında, diğer yönlerden sağlıklı 20 yaşında bir erkek hastada ortaya çıkan ve topikal kükürtlü bir formülasyonla başarılı şekilde tedavi ettiğimiz bir Norveç uyuzu olgusunu sunuyoruz. Bu olguyu sunmamızın amacı kaşıntılı hastalarda uyuz tanısının akılda tutulması gerektiğini ve uyuzlu hastalarda uzun süre topikal kortikosteroid kullanımının Norveç uyuzuna neden olabileceğini hatırlatmak, ayrıca nadir görülen bu olgudaki deneyimimizi paylaşmaktır.

Anahtar Kelimeler: Uyuz; adrenal korteks hormonları

ABSTRACT Topical corticosteroids are commonly used therapeutic agents. In case of incorrect diagnosis, a rare, very contagious and severe form of scabies (Norwegian scabies) can develop with use of topical corticosteroids in patients with scabies. In this case report, we present a case of Norwegian scabies that appeared after long-term topical corticosteroid use in a 20-year-old otherwise healthy male patient who was successfully treated with a sulfur containing topical formulation. Our aim by presenting this case is to remind that diagnosis of scabies must be taken into consideration in patients with itching since long-term topical corticosteroid use in a patient with scabies can result in Norwegian scabies and to share our experience in this rare case.

Key Words: Scabies; adrenal cortex hormones

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(2):537-40

Topikal steroidler hem dermatologlar, hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler tarafından sıklıkla reçete edilen tedavi ajanlarıdır.¹ Oldukça etkili ve güvenli olan bu ajanlar uygun endikasyonda ve uygun şekilde kullanılmadıklarında çeşitli yan etkilere neden olabilirler. Doğru tanının konulmadığı ve kullanılması uygun olmayan hastalıklarda kullanıldıklarında tinea inkognito ve skabiyes inkognito gibi farklı hastalık tabloları oluşturarak tanının gecikmesine ve hastalığın ilerlemesine neden olabilirler.² Uyuzlu hastalarda uzun süre topikal steroid kullanımını sonrası oluşan Norveç uyuzu ise nadir görülen bir hastalıktır.³ Bu hastalık primer olarak kutanöz algılamanın zayıfladığı durumlarda, zekâ geriliği olan hastalarda ve immünsuprese kişilerde ortaya çıkar. Literatürde nadiren de olsa immünitesi sağlam kişilerde de bulunduğu dair yayınlar

mevcuttur.⁴ Her ne kadar gerçek olgu sayısı tahminlere göre daha fazla olsa da literatürde bugüne kadar 200'den fazla olgu bildirilmiştir.⁵

Bu makalede diğer yönlerden sağlıklı genç bir erişkin hastada ekzema tanısı ile uzun süreli topikal kortikosteroid kullanımı sonrası gelişen ve topikal uygulanan kükürtlü bir formülle tedavi ettiğimiz Norveç uyuzu olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında erkek hasta, askerlik hizmeti sırasında kliniğimize yaklaşık dokuz aydır devam eden, kollarda ve bacaklarda başlayıp tüm vücuda yayılan, kaşıntılı deri lezyonları nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde immün yetmezlikle ilişkili olabilecek herhangi bir kronik hastalık, tekrarlayan enfeksiyon veya fırsatçı enfeksiyon öyküsü yoktu. Soygeçmişinde anne ve babasında akraba evliliği olması dışında bir özellik saptanmadı.

Öyküsünde yaklaşık dokuz ay kadar önce vücudunda geceleri özellikle yatağa girdiğinde artan kaşıntılarının olduğunu, bu şikâyetleri nedeniyle kendisine steroid içeren merhemler (Dermovate® merhem, Beklazon® krem ve pomad, ve Elocon® pomad) verildiğini, bu ilaçları farklı sürelerle, bazen günde bir, bazen iki, bazen de üç kere kaşınan bölgelere sürdüğünü, bu ilaçların kaşıntılarını azalttığını, şikâyetlerinin azaldığı dönemlerde ilaçlara kısa süre ara verdiğini, ancak ilaçları bırak-

tığında tekrar şikâyetlerinin artması nedeniyle yaklaşık dokuz aydır bu ilaçları kullanmaya devam ettiğini ifade etmekteydi. Olgumuza uyuz hastalığına yönelik olarak herhangi bir tedavi uygulanmamıştı.

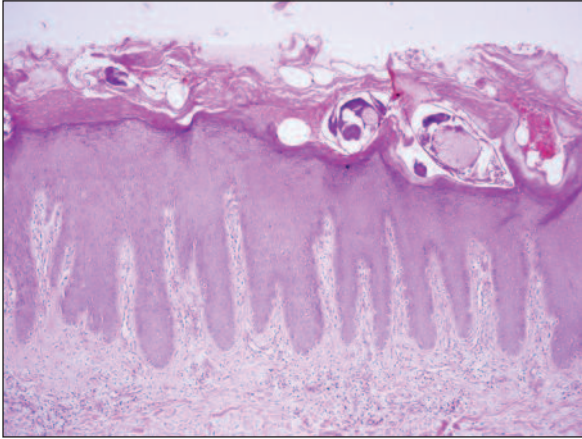
Dermatolojik muayenesinde gövde ön ve arka yüzünde, her iki alt ve üst ekstremitelerinde yaygın, yer yer ekskoriye olmuş, birkaç mm çapında, zemini eritemli, deri renginde papüler lezyonlar ile her iki dirsek ve diz bölgesinde, glans peniste ve kısmen de el sırtında, üzerlerinde gümüş renginde hiperkeratotik skuamalar bulunan, plak tarzında lezyonlar saptandı (Resim 1). Her iki aksiller bölgede daha belirgin olmak üzere vücudun değişik yerlerinde likenifikasyon izlendi.

Hastanın yapılan tam kan incelemesinde eozinofili (%10,4) saptandı. Diğer rutin biyokimyasal tetkikleri ve eritrosit sedimentasyon hızı normal sınırlar içerisindeydi. Serumda anti-HIV antikörleri negatif, serum immünglobülin, kompleman düzeyleri ve lenfosit alt grupları içinde CD4 ve CD8 oranları [CD4=%48 (Referans değerleri %29-57), CD8 %26 (Referans değerler, %11-40)] ve CD4/CD8 oranı (1,85) normal sınırlar içinde bulundu.

Hastanın eritemli, skuamalı bir plağından alınan biyopsiden yapılan histopatolojik incelemede stratum korneuma yerleşmiş çok sayıda *Sarcoptes scabiei* parazitinin görülmesi ile Norveç uyuzu tanısı doğrulandı (Resim 2).



RESİM 1: Olgunun diz, dirsek, el sırtı ve penis üzerindeki kurutlu lezyonları ve aynı bölgelerin tedaviden bir hafta sonraki durumları görülmektedir. (Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Deri biyopsisinin histopatolojik incelemesinde epidermiste, stratum korneum içinde çok sayıda *Sarcoptes scabiei* paraziti izlenmiştir (HE, x100). (Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

Hastaya bilgilendirilmiş olur formu imzalatılarak üç gün boyunca yaklaşık %7 kükürt içeren bir formülasyon (Soufre precipite 10 g, Huile de cade 12 g, Savon noir 12 g, Craie prepare 15 g, Lanoline 45 g, Vaseline 45 g) topikal olarak uygulandı. Bütün lezyonlar ve kaşıntı şikâyeti 10 gün içerisinde geriledi (Resim 1). Takip eden altı ay boyunca yapılan kontrollerde nüks izlenmedi.

Norveç uyuzunun bulaşıcılığı yüksek olduğu için, görev yaptığı birlikteki hekimle işbirliği yapılarak hastanın arkadaşlarının uyuz hastalığı yönünden kontrolü ve uyuz hastalığı tespit edilenlerin tedavisi sağlanmıştır.

TARTIŞMA

Uyuz hastalığı, *Sarcoptes scabiei* parazitinin oluşturduğu, sık görülen kaşıntılı bir parazitozdur.^{6,7} Hastalarda genellikle yoğun bir kaşıntı ve bu kaşıntıya bağlı minör travmalar sonucu ortaya çıkan ve parazit içermeyen, fleksural bölgeler, karın ve uylukta yoğunlaşan ekskoriye olmuş papüller görülür. Uyuz tanısında klinik bulgular çok önemlidir. Bunun yanında şüpheli olgularda deri kazıntısının mikroskopik incelemesi ve dermoskopiden yararlanılabilir.^{6,8} Sıradan bir uyuz hastasında ortalama 10-15 tane *S. scabiei* parazitinin bulunduğu bilinmektedir.⁶ Norveç uyuzu ise binlerce, hatta milyonlarca *S. scabiei* parazitinin epidermisi infeste ettiği, uyuzun nadir görülen, şiddetli ve oldukça bulaşıcı bir şeklidir. İlk olarak

Boeck ve Danielssen tarafından 1848 yılında bir grup Norveçli lepra hastasında tanımlanmıştır. Etken organizmanın çoğalmasını sınırlandıran immün cevabın yetersizliği sonucu kontrolsüz bir infestasyon ve buna eşlik eden inflamatuvar ve hiperkeratotik reaksiyon vardır.⁹

Norveç uyuzunun klinik olarak klasik uyuzdan farklı bir görüntüsü vardır. Bu durum tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilir. Özellikle hiperkeratoz ve kurutlanma ön plandadır. Yüz bölgesi, saçlı deri ve tırnak tutulumu da gözlenebilir.

Bizim olgumuzda herhangi bir sistemik hastalık, immün sistem bozukluğu ya da sistemik ilaç kullanımı veya atopi öyküsü yoktu. Hastaya başlangıçta uyuz tanısı konulamaması nedeniyle topikal steroid tedavisi uygulandığı, bu durumun önce kaşıntı ve inflamasyonu baskılayarak skabiyes inkognitoya, daha sonra da Norveç uyuzu tablosuna yol açtığını düşünüyoruz.

Norveç uyuzunun oluşumunda iki farklı mekanizma ileri sürülmüştür. Bunlardan birincisi etkenin çoğalmasını sınırlandıran T hücre fonksiyonunun bozulmasıdır.² Bir diğer muhtemel mekanizma ise kaşıntıya karşı normal kaşıma reaksiyonunun olmamasıdır. Hastanın lezyonları kaşımaması durumunda tünellerin tahrip olmadığı ve etken organizmanın vücuttan uzaklaştırılmadığı ileri sürülmektedir.¹⁰ Mental retardasyonu olan kişilerde ve lepra gibi duyuşal bozuklukların seyri esnasında Norveç uyuzunun bu mekanizmayla ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Topikal steroid kullanımı sonrası Norveç uyuzu oluşmasında bu iki mekanizma da rol alıyor olabilir. Özellikle potent steroidlerin uyuzda uzun süre kullanımı hücrel immüniteyi bozabilir. Bu ajanların inflamasyon ve kaşıntıyı, dolayısıyla da kaşınmayı önlemesi diğer muhtemel bir mekanizmadır.

Epidermiste binlerce, hatta milyonlarca parazit bulunması ve hiperkeratotik reaksiyon nedeniyle Norveç uyuzunun tedavisi güç olabilir. Son zamanlarda birçok çalışma antiparaziter bir ajan olan ivermektinin konvansiyonel topikal tedavilere yanıtız olgularda etkili bir oral tedavi seçeneği olduğunu göstermiştir.^{6,11} İvermektine kolay ulaşma olanağı

bulunmaması ve immün yetmezliğe neden olacak sistemik bir bozukluk saptamadığımız için, biz olgumuzda öncelikle topikal tedavi uygulamaya karar verdik. Hiperkeratotik lezyonlarda daha etkili olacağına inandığımız, hem keratolitik hem skabisit etkili olan, rengi ve kıvamıyla hiçbir açık alan bırakmayacak şekilde uygulanabilme avantajına sahip olan ve %7 kükürt içeren bir pomad kullanmayı tercih ettik. Bu formülasyon normal uyuzlu hastaların tedavisinde eskiden çok kullanılmasına karşın kokusunun hoş olmaması ve yatak takımlarını boyaması gibi bazı dezavantajları nedeniyle günümüzde tercih edilmemektedir. Bizim hastanede yatırarak tedavi etme olanağımızın bulunması nedeniyle bu dezavantajlar hasta için sorun oluştur-

mamıştır. Üç gün süreyle uyguladığımız bu tedavi sonrası hastanın şikâyetleri hızla gerileyerek iki hafta sonra tamamen kaybolmuş ve altı aylık izlem süresince nüks gözlenmemiştir.

Sonuç olarak uyuzun başarılı şekilde tedavisi öncelikle doğru tanının konulmasına bağlıdır. Tanıya götürecekle klinik ve laboratuvar bulguların ortaya çıkarılması için öncelikle bu hastalıktan şüphelenilmesi gerekir. Bu nedenle yaygın kaşıntı ile müracaat eden hastalarda uyuz mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca uzun süre topikal kortizon kullanımı sonrasında uyuzlu hastalarda hastalığın ilerleyerek Norveç uyuzu formuna dönüşebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician* 2009;79(2):135-40.
2. Binić I, Janković A, Jovanović D, Ljubenović M. Crusted (Norwegian) scabies following systemic and topical corticosteroid therapy. *J Korean Med Sci* 2010;25(1):188-91.
3. Marlière V, Roul S, Labrèze C, Taïeb A. Crusted (Norwegian) scabies induced by use of topical corticosteroids and treated successfully with ivermectin. *J Pediatr* 1999;135(1):122-4.
4. Bongiorno MR, Ferro G, Aricò M. Norwegian (crusted) scabies of glans penis in an immunocompetent patient. *Br J Dermatol* 2009;161(1):195-7.
5. Anbar TS, El-Domyati MB, Mansour HA, Ahmad HM. Scaly scalp associated with crusted scabies: case series. *Dermatol Online J* 2007;13(3):18.
6. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006;6(12):769-79.
7. Baysal V, Yıldırım M, Alan H. [Skin diseases most frequently encountered in the Goller Region]. *Turkiye Klinikleri J Dermatol* 1997;7(1):19-22.
8. Koçyiğit Müştak P. [Dermoscopy for parasitic infestations]. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(35):72-3.
9. Roberts LJ, Huffam SE, Walton SF, Currie BJ. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J Infection* 2005;50(5):375-81.
10. Monari P, Sala R, Calzavara-Pinton P. Norwegian scabies in a healthy woman during oral cyclosporine therapy. *Eur J Dermatol* 2007;17(2):173.
11. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med* 2010;25;362(8):717-25.