

Prurigo Pigmentosa: Olgu Sunumu

PRURIGO PIGMENTOSA: A CASE REPORT

Dr.Demet KESİCİ,^a Dr.İjlal ERTURAN,^a Dr.Vahide BAYSAL,^a Dr.Mehmet YILDIRIM^a

^aDermatoloji AD, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, ISPARTA

Özet

Prurigo pigmentosa etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen bir deri hastalığıdır. Ani gelişen kaşıntılı eritemli papüllerle karakterize olup, iyileşirken retiküler hiperpigmentasyon bırakmaktadır. Göğüs ve boyun bölgesindeki kahverengi lekeler ve kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvuran, 42 yaşındaki bir kadın olguya, klinik ve histopatolojik özellikleri ile prurigo pigmentosa tanısı konuldu. Prurigo pigmentosanın nadir görülen bir hastalık olması ve olgunun doksisisiklin tedavisine cevap vermesi nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Prurigo, doksisisiklin

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004, 24:547-550

Abstract

Prurigo pigmentosa is a rare dermatosis with unknown etiology. It is characterized by sudden development of severe pruritic erythematous papules that spontaneously resolve, leaving reticulated hyperpigmentation.

A 42-year-old woman presented to our clinic with pruritic brown macules on her neck and chest, which by means of supportive clinical and histopathological features, was diagnosed as prurigo pigmentosa. We present a patient with a rarely seen disease who was treated effectively with doxycycline.

Key Words: Prurigo, doxycycline

P rurigo pigmentosa (PP), 1971 yılında ilk kez Nagashima ve arkadaşları tarafından tanımlanan, etyolojisi bilinmeyen, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Klinik olarak kaşıntılı eritematöz papüller ve retiküler pigmentasyonla karakterizedir. PP, Japonya'da nispeten sık görülürken beyaz ırkta daha nadir görülmektedir. Histopatolojisi nonspesifik olup likenoid doku reaksiyonu izlenmektedir.¹⁻⁴ Beyaz ırkta nadir görülen bir hastalık olan PP'nın, bir

kadın olgu nedeniyle yeni literatür bilgileri de gözden geçirilerek sunulması ve tartışılması uygun görüldü.

Olgu Sunumu

NÇ, 42 yaşında kadın olgu, 1 yıldır göğüs ve boyun bölgesindeki kahverengi lekeler ve kaşıntı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta bu şikayetleri için topikal steroidli merhemler ve oral antihistaminikler kullanmasına rağmen fayda görmemişti. Olgu, şikayetlerinin kırmızı, kaşıntılı kabarıklıklar şeklinde başlayıp yerinde kahverengi lekeler bıraktığını ifade etti. Hastamızın antral gastrit dışında herhangi bir sistemik hastalığı, atopisi ve aile öyküsü yoktu. Yapılan dermatolojik muayenede, boyunda, göğüs ön yüzünde ve kolların fleksör yüzünde yaygın retiküler hiperpigmentasyon, her iki el bileğinde kaşıntılı, eritemli, ödemli papüler lezyonlar gözlemlendi. Mukozalarda herhangi bir pato-

Geliş Tarihi/Received: 29.11.2002

Kabul Tarihi/Accepted: 26.05.2003

XIX. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr.Demet KESİCİ
Hanife Sultan Mahallesi 3404. Sok.
Güzel Apartmanı No:24/16
32040 ISPARTA
demetkesici@mynet.com

Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2004, 24

547



Resim 1. Olgunun boyun bölgesindeki retiküler hiperpigmentasyon.



Resim 2. Olgunun el bileklerindeki eritemli papüller.

loji tespit edilmedi (Resim 1, 2).

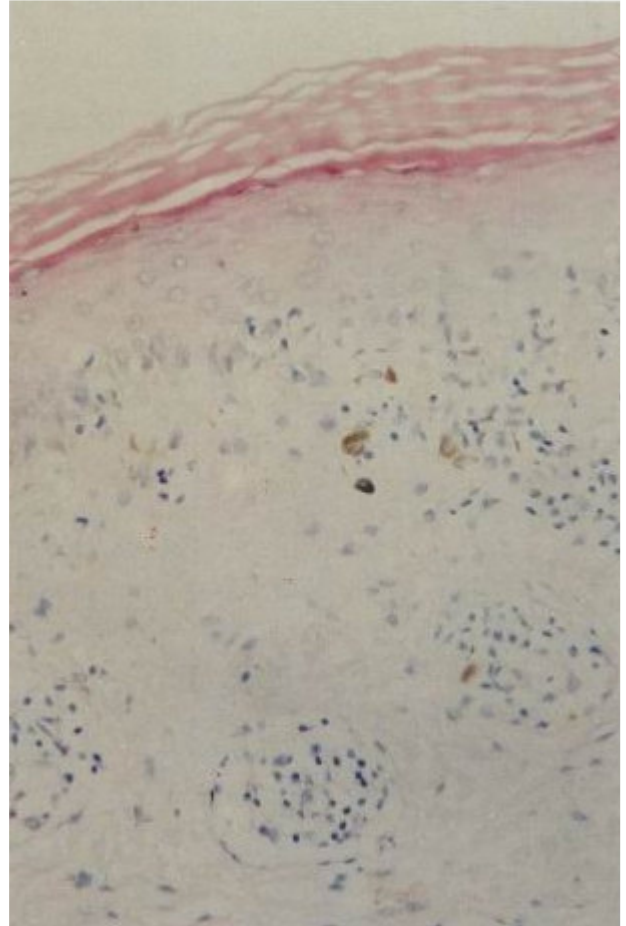
Laboratuvar incelemesinde, tam kan sayımı, periferik yayma, kan biyokimyası, tam idrar tetkiki, eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Avrupa standart seri ile yapılan deri yama testi negatif olarak değerlendirildi.

El bileğindeki papüler lezyonlardan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste spongiyoz, bazal tabakada vakuoler değişiklikler, kapiller proliferasyon ve perivasküler mononükleer infiltrasyon izlendi (Resim 3). Pigmente alanlarda pigment inkontinansı ve perivasküler lenfositik infiltrasyon saptandı.

Klinik ve histopatolojik bulgularla PP tanısı konan hastaya, 100 mg/gün doksisisiklin başlandı. İlk 20 gün içinde yeni lezyon çıkışı durdu. Tedaviye aynı dozda 2 ay devam edildi. Olgu doksisisiklini bıraktıktan sonraki 3. ve 6. ayında kontrole geldiğinde, halen nüks olmadığı gözlemlendi.

Tartışma

PP'nın etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, patogenezi fiziksel travma, elbiselerin friksyonu, akupunktur, deriye triklorofenol uygulaması gibi ekzojen faktörler suçlanmıştır. Bazı yazarlar fotodermatit olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Atopi öyküsü olan olgular da bildirilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda kontakt allerjen



Resim 3. Bazal tabakada vakuoler değişiklikler, kapiller proliferasyon ve perivasküler lenfositik infiltrasyon izlenmektedir (H&Ex200).

gösterilememiştir. PP'nın diabetes mellitus, ketozis, diyet bozuklukları ve hamilelik ile ilişkili

olabileceği rapor edilmiştir.⁵⁻⁸

PP, özellikle genç kadınlarda görülmekle birlikte zaman zaman erkeklerde ve daha ileri yaşlarda görülebilmektedir. Lezyonlar genellikle ilkbahar ve yaz aylarında ortaya çıkmaktadır. Kronik seyirli, remisyon ve alevlenmelerle seyreden hastalık, 6 ay-8 yıl sürebilmektedir.⁷

Lezyonlar genellikle simetrik dağılımlı, ani gelişen, kaşıntılı ve eritemli papüllerle başlamakta, yerini retiküler pigmentasyona bırakmaktadır. Lezyonlar özellikle sırt, ense, klaviküler bölge ve göğüse yerleşmekle birlikte nadiren yüz tutulumu da bildirilmiştir. Muköz membranlar tutulmamaktadır. Şiddetli olgularda infiltrate plaklar, papülovezikül, vezikül ve bül bildirilmiştir. Kronik olgularda bile likenifikasyon görülmemektedir. Postinflamatuar hiperpigmentasyon kaşıntısızdır, aylar veya yıllarca kalabilir.^{2,6}

Olguların çoğunda anormal laboratuvar bulgusu saptanmamaktadır. Bununla birlikte birkaç hastada periferik kanda eozinofili bildirilmiştir.⁵

Eritematöz papülün histopatolojik incelemesinde, psoriaziform hiperplazi ile birlikte likenoid doku reaksiyonu görülmektedir. Epidermisde interselüler veya intraselüler ödem, ekzositoz ve bazal tabakanın lifefaksiyon dejenerasyonu ana bulgulardır. Papiller dermal ödem, yüzeysel kan damarlarında dilatasyon ve hafif perivasküler lenfositik infiltrat görülmektedir. Retiküler hiperpigmentasyon alanlarında ise pigment inkontinansı ve perivasküler lenfositik infiltrasyon izlenmektedir. Direkt immüno Floresan çalışmalar genellikle negatiftir.^{1,2} Bizim olgumuzda da, papüler lezyonlardan yapılan histopatolojik incelemede likenoid doku reaksiyonu, hiperpigmente alanlarda ise pigment inkontinansı ve lenfositik infiltrasyon saptandı.

Histopatolojik olarak PP'da olduğu gibi, atopik dermatit, dermatitis herpetiformis, liken planus pigmentozus, pigmente kontakt dermatit, eritema diskromikum perstans ve prurigo melanotikada da likenoid reaksiyon görülmektedir. Bu nedenle bu hastalıkların ayırıcı tanısı, klinik ve laboratuvar tetkikleriyle yapılabilmektedir.⁹

PP'nin liken planusun bir varyantı olabileceği

de ileri sürülmektedir. PP ve liken planusun nadir görülen bir formu olan liken planus pigmentozus arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Liken planus pigmentozus, daha çok aksilla olmak üzere özellikle kıvrım bölgelerini tutmakta ve oral mukoza da etkilenebilmektedir.^{1,10} Bizim olgumuzda kıvrım bölgeleri ve oral mukoza tutulmamıştı.

PP'nin klinik olarak ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken diğer hastalıklar, Dowling Degos hastalığı, konflue retiküle papillomatosis, inkontinensia pigmenti, diskeratozis konjenita ve poikiloderma atrofikans vasküladir.^{1,9}

PP'nin tedavisinde, dapson ilk kez 1973'de kullanılmış ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu rapor edilmiştir. Sulfon, sulfametaksazol ve minosiklinin de PP tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. Minosiklinin, 100-200 mg günlük dozlarında hızlı iyileşme sağladığı ve rekürrenslere önlemede başarılı olduğu rapor edilmiştir. Topikal ve sistemik kortikosteroidler, antihistaminikler PP tedavisinde çok etkili bulunmamıştır. Yazawa ve arkadaşları 4 prurigo pigmentozalı olguda yaptıkları çalışmada, makrolid grubu antibiyotiklerin alternatif bir tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir. Türkiye'den ilk kez Gürses ve arkadaşları olgularında doksisisiklin kullanmışlar ve etkili olduğunu rapor etmişlerdir.^{1,3,5}

Biz de klinik ve histopatolojik bulgularla PP tanısı koyduğumuz olgumuzda, 2 ay süreyle 100 mg/gün dozunda doksisisiklin tedavisi ile lezyon çıkışının durduğunu gözlemledik. Takibe aldığımız hastanın 3. ve 6. ayında rekürrens gözlemedik.

PP oldukça nadir görülen bir tablo olması nedeniyle sunulmaya değer görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' diseases of the skin clinical dermatology. Pruritus and neurocutaneous dermatoses. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company 2000.p.49-68.
2. Yanguas I, Goday JJ, Gonzalez-Guemes M, Berridi D, Lozano M, Soloeta R. Prurigo pigmentosa in a white woman. J Am Acad Dermatol 1996;35:473-5.

3. Yazawa N, Ihn H, Yamane K, Etoh T, Tamaki K. The successful treatment of prurigo pigmentosa with macrolide antibiotics. *Dermatology* 2001;202:67-9.
4. Murao K, Urano Y, Uchida N, Arase S. Prurigo pigmentosa associated with ketosis. *Br J Dermatol* 1996;134:379-80.
5. F. Gürses L, Gürbüz O, Demirçay Z, Kotiloğlu E. Prurigo pigmentosa. *Int J Dermatol* 1999;38:924-5.
6. Ohnishi T, Kisa H, Ogata E, Watanabe S. Prurigo pigmentosa associated with diabetic ketoacidosis. *Acat Derm Venereol* 2000;80:447-8.
7. Kobayashi T, Kawada A, Hiruma M, İshibashi A, Aoki A. Prurigo pigmentosa, ketonemia and diabetes mellitus. *Dermatology* 1996;192:78-80.
8. Tanii T, Kono T, Katoh J, Mizuno N, Fukuda M, Hamada T. A case of prurigo pigmentosa considered to be contact allergy to chromium in an acupuncture needle. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1991;71:66-7.
9. Schepis C, Siragusa M, Palazzo R, Cavallari V. Prurigo pigmentosa: A misdiagnosed dermatitis in Sicily. *Cutis* 1999;63: 99-102.
10. Pack L, Jelinkova L, Drlik L, et al. Lichen planus pigmentosus-inversus. *JEADV* 2001;15:452-4.