

# Gentian Violet ve Dermatoskopi Uygulamasıyla Tanı Konan Bir Dissemine Aktinik Süperfisiel Porokeratoz Olgusu

## A Case of Disseminated Superficial Actinic Porokeratosis Diagnosed by Gentian Violet and Dermatoscopic Evaluation

Gülşen AKOĞLU,<sup>a</sup>  
Ahmet METİN,<sup>a</sup>  
Selma EMRE,<sup>a</sup>  
Deniz DEMİR SEREN,<sup>a</sup>  
Sibel ORHUN YAVUZ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Tıbbi Patoloji Kliniği,  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 19.04.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 21.08.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Gülşen AKOĞLU  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Dermatoloji Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
gusemd@yahoo.com

**ÖZET** Dissemine süperfisiel aktinik porokeratoz (DSAP), çok sayıda yaygın, keratotik kenarlı anüler papüllerle seyreden, histopatolojisinde karakteristik kornoid lamellanın görülmesi ile tanı konan bir keratinizasyon bozukluğudur. Kornoid lamellayı içeren lezyon kenarındaki keratotik sırtlanma belirgin olduğunda DSAP tanısı kolay konabilmektedir. Ancak eğer bu bulgu daha yüzeysel ise tanı koymak zorlaşır. Doğru tanı konması ve yanlış tedavilerden kaçınılması için deri biyopsisinin uygun yerden alınması önemli olduğundan dolayı, keratotik kenarın klinik olarak görülmesi gereklidir. Kornoid lamellanın kolay ve hızlı bir şekilde tanımlanması için bazı araştırmacılar invaziv olmayan yöntemler öne sürmüştür. Bu bildiride, uzun süre tanı alamamış, gentian violet ile lezyonların boyanması ve dermatoskopik inceleme aracılığı ile tanı konan 76 yaşında DSAP'lı bir erkek olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermoskopi; tanı; porokeratozis

**ABSTRACT** Disseminated superficial actinic porokeratosis (DSAP) is a keratinization disorder characterized by multiple annular papules with keratotic ridges that histologically diagnosed by the presence of characteristic cornoid lamella. When keratotic rim containing cornoid lamella is obvious, diagnosis of DSAP is easy to make. However, it gets hard to diagnose if this rim is superficial. To avoid misdiagnosis and wrong treatment, keratotic ridges should be seen clinically to obtain the skin biopsy from the correct site. Herein, we report a 76-year-old male patient who was diagnosed as having DSAP through staining the lesions with gentian violet and performing dermatoscopic evaluation after a long time sparing without true diagnosis.

**Key Words:** Dermoscopy; diagnosis; porokeratosis

**Türkiye Klinikleri J Dermatol 2013;23(2):69-72**

**P**orokeratozlar; keratotik kenarlı, anüler, kahverengi lezyonlarla karakterize bir grup keratinizasyon bozukluğudur. Keratotik kenarlar, histopatolojik karakteristik bulgu olan kornoid lamellaya karşılık gelmektedir. Dissemine süperfisiel aktinik porokeratoz (DSAP), çoğunlukla 3-4. dekadlarda ortaya çıkan, çok sayıda yuvarlak-poligonal papüllerden oluşan, genelde güneşe maruz kalan bölgelerde görülen klinik tiptir.<sup>1,2</sup> Kornoid lamellayı içeren lezyon kenarındaki keratotik sırtlanma belirgin olduğunda DSAP tanısı kolay konabilmektedir. Ancak eğer bu bulgu daha yüzeysel ise tanı koymak zorlaşır. Doğru tanı konması ve yanlış tedavilerden kaçınılması için deri biyopsisinin uygun yerden alınması önemli ol-

duğundan dolayı, keratotik kenarın klinik olarak görülmesi gereklidir.<sup>3</sup> Kornoid lamellanın kolay ve hızlı bir şekilde tanımlanması için bazı araştırmacılar invaziv olmayan yöntemler öne sürmüştür. Lezyonların beyaz tahta kalem ve gentian violet ile boyanması sayesinde kornoid lamellanın belirginleştiği görülmüştür.<sup>3,4</sup> Dermatoloji ile DSAP lezyonlarının çeşitli morfolojik özellikleri gösterilmiştir.<sup>4-8</sup>

Bu bildiriye, uzun süre tanı alamamış, gentian violet ile lezyonların boyanması ve dermatoskopik inceleme aracılığı ile tanı konan DSAP'lı yaşlı bir olgu sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşında erkek hasta, polikliniğimize, sekiz ay önce bacaklarında başlayıp zamanla kollarına ve gövdesine doğru yayılan kaşıntılı kırmızı kabarıklıklar şikâyeti ile başvurdu. Demans ve benign prostat hipertrofisi olan hastanın ailesinde benzer döküntüleri olan yoktu. Kırsal bölgede yaşayan hasta uzun süre güneşe maruziyeti olduğunu ifade etti. İmmünyüpresif ilaç kullanımı veya hastalık öyküsü yoktu. Hastanın daha önce bir sağlık merkezine başvurduğu, bacak lezyonlarından alınan deri biyopsisinde likenoid dermatit ve melanin inkontinansı saptandığı ve ilaç erupsiyonu lehine değerlendirildiği öğrenildi. Oral 60 mg/g metilprednizolon tedavisi verilen hastanın ilaç dozu tedricen azaltılarak kesilmiş ancak lezyonlar gerilememişti. Polikliniğimizde yapılan dermatolojik muayenesinde her iki alt ve üst ekstremitelerinde çok sayıda ve yaygın, gövde ve alın yanlarında ise daha az ve ayrık yerleşimli kahverengi kırmızı renkte, basmakla solmayan, boyutları 0,2-0,4 cm çaplarında yuvarlak ve poligon, palpasyonla ele gelen deriden hafif kabarık ve hiperkeratotik papüller; yer yer ekskoriasyonlar gözlemlendi. Papüller özellikle ekstremitelerde birbirleriyle birleşme eğilimindedir (Resim 1, 2a). Papüllerin üzerine %1'lik gentian violet sürüldüğünde papüllerin özellikle kenar kısımlarının belirginleştiği görüldü (Resim 2b). Boyasız papüler lezyonların dermatoskopik incelemesinde homojen olmayan kahverengi alanlar içerisinde ve kenarlarında belli belirsiz kısa beyaz çizgiler mevcuttu (Resim 3a). Gentian violet uygu-



**RESİM 1:** Her iki alt ekstremitede yaygın kahverengi-kırmızı renkte papüller. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

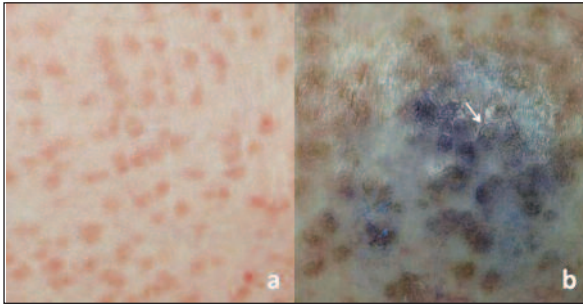
lama sonrasında ise papüllerin kenarlarının keskin şekilde belirginleştiği ve iç tarafta beyaz hat oluştuğu görüldü (Resim 3b).

Lezyonlarının kenar kısmından alınan bir adet punch biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde epidermiste iki alanda parakeratotik tabakalanmadan oluşan kolon şeklindeki kornoid lamellalar, yüzeysel dermiste orta şiddette lenfositik infiltrasyon izlendi (Resim 4). Klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak hastaya DSAP tanısı kondu.

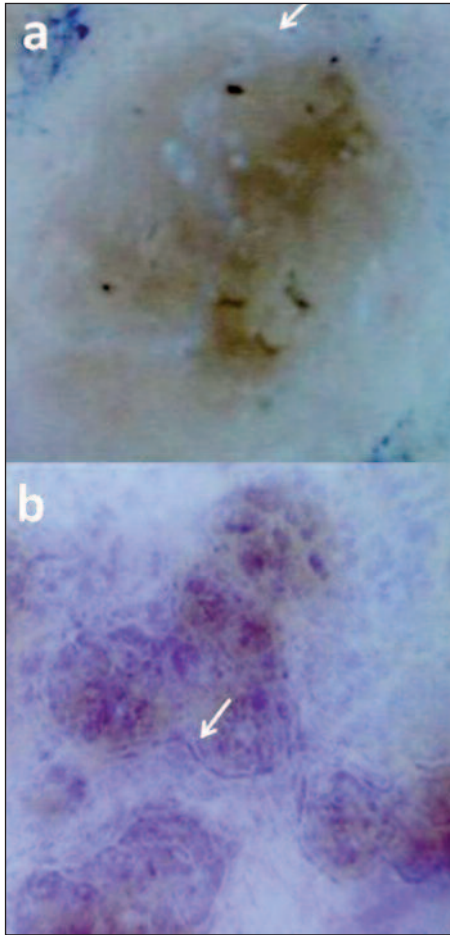
Hastanın tetkiklerinde anemi (Hb: 12,8 mg/dL) ve LDL düzeyinde hafif yükseklik (134 mg/dL) saptandı. Karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tahlili normal sınırlardaydı. Periferik yayması normaldi. Anti-HIV antikorları negatifti. Akciğer grafisi ve abdominal ultrasonografisinde patoloji tespit edilmedi. Hastaya 25 mg/g asitretin, antihistamin, nemlendirici ve topikal kalsipotriol pomad önerildi. Bir ay sonraki kontrolünde lezyonlarının daha eritemli hal alması ve kaşıntının artması nedeniyle asitretin kesilerek oral izotretinoin 30 mg/g başlandı. İzlemde üç ay sonra lezyonlarda belirgin gerileme olmaması, kaşıntıda kısmi fayda olması ve hasta uyumunun gözlenmesi üzerine oral retinoid tedavisi kesildi. Hasta nemlendirici ve antihistamin tedavileri ile izleme alındı.

## TARTIŞMA

Porokeratozların beş klinik varyantı olup, en sık görülen tipi DSAP'dir. Tüm varyantlarda benzer



**RESİM 2:** (a) Papüllerin yakından görünümü, (b) Gentian violet ile boyanma sonrasında papüllerin kenarlarında çizgisel belirginleşme (ok).  
(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



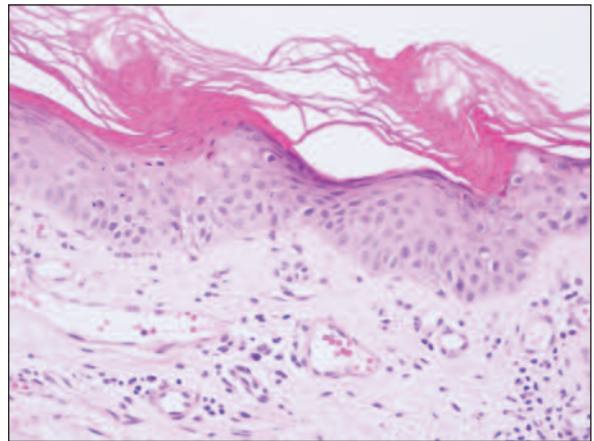
**RESİM 3:** Dermatoskopi: (a) homojen kahverengi alanlar ve çevresinde beyaz çizgiler (ok); (b) gentian violet ile boyanma sonrasında lezyonların kenarında mavi ile boyanmış çizgilenme ve iç kısımda beyaz çizgilenmeler (ok) (x10).  
(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

histopatolojik bulgular görülür. Patognomonik olmasa da parakeratoz için özgün bir özellik olan kornoid lamella, granüler tabakanın olmadığı, epidermin çöküntü yaptığı bölgede parakeratotik

hücrelerin oluşturduğu kolonu tanımlamaktadır.<sup>1</sup>

DSAP lezyonları klinik olarak düz yüzlü sebo-reik keratoz, stukko keratoz, dissemine granuloma annulare ya da atrofik liken planus ile karışabilmektedir.<sup>9</sup> Bu nedenle öncelikle DSAP'dan şüphelenmek ve karakteristik histopatolojik özelliklerini tespit edebilmek için keratotik kenardan deri biyopsi örneği almak gereklidir. Bu amaçla lezyonları yakından değerlendirebilmek için non-invaziv bir yöntem olan dermatoskopiden yararlanılmıştır.<sup>4-8</sup> Delfino ve ark., merkezdeki skar benzeri alanı sınırlayan karakteristik anüler beyaz-sarı çizgisel yapı ve bunu çevreleyen minimal periferik vaskülarizasyonun parakeratozun tipik klinik morfolojik bulguları olduğunu bildirmişlerdir.<sup>5</sup> Panasiti ve ark., ise devamlılık gösteren kahverengi bir dış çizgi, orta kısımda ise merkezinde skar benzeri alanlar ve birkaç kırmızı globüler yapı olan homojen kahverengi yapı saptamışlardır.<sup>7</sup> Uhara ve ark., dermatoskopide lezyonların periferinde kahverengi dar bir band ve ince pigment ağlarının komşuluğunda beyaz çizgisel kenar, orta kısımda daha ince yüzey yapıları ve porlar görmüşler ve beyaz tahta kalemi boyası ile bu bulguların daha belirginleştiğini ifade etmişlerdir.<sup>4</sup>

Merkezinde atrofi olan ve olmayan anüler veya polisiklik DSAP lezyonlarının dermatoskopik incelemelerinde homojen atrofik beyazımsı bölgeler ve kahverengi alanlar, orta kısımlarında ise



**RESİM 4:** Epidermiste iki alanda parakeratotik tabakalanmadan oluşan kolon şeklindeki kornoid lamellalar, yüzeyel dermiste orta şiddette lenfositik infiltrasyon (HE, x200).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

beyaz kısa çizgilenmeler ve kırmızı noktalar gözlenmiştir. Lezyonlarda periferik sirküler hiperpigmente bir hat ve bunun iç kısmında ise periferik sirküler beyaz bir veya iki tane hat görülebileceği bildirilmiştir.<sup>6,8</sup> Bu görüntü porokeratoz için karakteristik kabul edilmektedir. Histopatolojik incelemelerde periferik ve merkezi beyaz hatların kornoid lamellaya karşılık geldiği gösterilmiştir.<sup>8</sup> Lezyonların gentian violet veya beyaz tahta kalemi ile mavi renge boyandığında keratotik kenarların belirginleştiği hem çıplak gözle bakıda hem de dermatoskopik görüntülerde saptanabilmektedir.<sup>3,4</sup>

Bizim olgumuzda da hastaya biyopsi öncesi ilk değerlendirmede gerçekleştirilen dermatoskopik incelemede geniş kahverengi alanların genel olarak homojen olduğu, çevrelerinde ise çoğu yerde net olarak görülemeyen, yer yer izlenebilen kısa beyaz çizgilenmeler saptanmıştır. Lezyonlar gentian violet ile boyandığında papüllerin kenarları çıplak gözle daha kolay görülür hâle gelmiştir. Bu alanlara tekrar dermatoskopide bakıldığında keratotik kenara karşılık gelen beyaz hattın belirginleştiği görülmüştür. Elde ettiğimiz bulgular daha önce bahsedilen

literatürdeki bulgular ile uyumlu bulunmuş ve belirginleşen kenardan alınan biyopsi örneğinin incelenmesi ile hastaya doğru tanı konabilmektedir.

DSAP'ın tedavisinde çok çeşitli ajanlar ve tedavi yöntemleri denenmiş olsa da çift kör ve kontrollü klinik çalışmalar bulunmamaktadır. Tedavi şekillerinin kanıt düzeyi genellikle anekdotal olgu bildirimleri şeklindedir.<sup>2</sup> Topikal vitamin D analogları ile başarılı tedavi edilen olgular bulunmaktadır.<sup>10,11</sup> Az sayıda olguda denenilen sistemik retinoid tedavisi başarılı sonuçlar vermiş görünse de birer olguda keratin horn ve dijital keratoz oluşumunu tetikledikleri gözlemlendiğinden dolayı DSAP tedavisindeki etkinlik ve güvenliği sorgulanmıştır.<sup>12-14</sup> Olgumuzda yaygın DSAP lezyonları için uyguladığımız topikal kalsipotriol ve oral retinoid tedavileri ile belirgin bir gerileme sağlanamamıştır.

Sonuç olarak, lezyonların gentian violet ile boyanması ve dermatoskopik inceleme, porokeratozun klinik tanısını kolaylaştıran, histopatolojik inceleme için uygun biyopsi yerini belirlemeye yardımcı, kolay ve hızlı invaziv olmayan yöntemlerdir.

## KAYNAKLAR

- Jurecka W, Neumann RA, Knobler RM. Porokeratoses: immunohistochemical, light and electron microscopic evaluation. *J Am Acad Dermatol* 1991;24(1):96-101.
- Skupsky H, Skupsky J, Goldenberg G. Disseminated superficial actinic porokeratosis: a treatment review. *J Dermatolog Treat* 2012;23(1):52-6.
- Thomas CJ, Elston DM. Medical pearl: Gentian violet to highlight the cornoid lamella in disseminated superficial actinic porokeratosis. *J Am Acad Dermatol* 2005;52(3 Pt 1):513-4.
- Uhara H, Kamijo F, Okuyama R, Saida T. Open pores with plugs in porokeratosis clearly visualized with the dermoscopic furrow ink test: report of 3 cases. *Arch Dermatol* 2011;147(7):866-8.
- Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18(2):194-5.
- Zaballos P, Puig S, Malvehy J. Dermoscopy of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Arch Dermatol* 2004;140(11):1410.
- Panasiti V, Rossi M, Curzio M, Bruni F, Calvieri S. Disseminated superficial actinic porokeratosis diagnosed by dermoscopy. *Int J Dermatol* 2008;47(3):308-10.
- Oiso N, Kawada A. Dermoscopic features in disseminated superficial actinic porokeratosis. *Eur J Dermatol* 2011;21(3):439-40.
- Cohen JA, Skidmore RA, Woosley JT. Multiple chronic lesions with peripheral scale. *Arch Dermatol* 1998;134(6):743-4, 746-7.
- Harrison PV, Stollery N. Disseminated superficial actinic porokeratosis responding to calcipotriol. *Clin Exp Dermatol* 1994;19(1):95.
- Bakardzhiev I, Kavaklieva S, Pehlivanov G. Successful treatment of disseminated superficial actinic porokeratosis with calcipotriol. *Int J Dermatol* 2012;51(9):1139-42.
- Kariniemi AL, Stubb S, Lassus A. Treatment of disseminated superficial actinic porokeratosis with a new aromatic retinoid (Ro 10-9359). *Br J Dermatol* 1980;102(2):213-4.
- Carmichael AJ, Tan CY. Digitate keratoses--a complication of etretinate used in the treatment of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Clin Exp Dermatol* 1990;15(5):370-1.
- Gökdemir M, Aktürk AŞ, Yıldız K, Kıran R. [Two cases of different types of porokeratosis: improvement with acitretin treatment]. *Turkderm* 2011;45(2):107-10.