

## Rozasea Benzeri Bir Kutanöz Papülopüstüler Sarkoidoz Olgusu

### A Case of Cutaneous Papulopustular Sarcoidosis Mimicking Rosacea

Ayşe AKBAŞ,<sup>a</sup>  
Fadime KILINÇ,<sup>a</sup>  
Sertaç ŞENER,<sup>a</sup>  
Olca KANDEMİR,<sup>b</sup>  
Ahmet METİN<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Patoloji Kliniği,  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
<sup>c</sup>Dermatoloji AD,  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 18.01.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.04.2013

*Bu olgu sunumu, 22. Dünya Dermatoloji Kongresi (24-29 Mayıs 2011, Seul)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ayşe AKBAŞ  
Ankara Atatürk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Dermatoloji Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
ayseakbas62@yahoo.com.tr

**ÖZET** Sarkoidoz, etiyojisi bilinmeyen multi-sistemik granümatöz bir hastalıktır. Sistemik tutulumda en çok akciğer ve lenf nodları etkilenir. Kutanöz tutulum hastaların %25-30'unda görülür. Deri lezyonları tek belirti olabileceği gibi, hastalığın seyri sırasında herhangi bir zamanda da ortaya çıkabilir. Spesifik deri lezyonları makül, papül, nodül ve ülserdir. Altmış yaşındaki kadın hasta, dört aydır süren sağ yanak ve burun üzerindeki eritemli makülopapül ve püstüller ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce akne rozasea tanısı almış ve verilen tedavilerden fayda görmemişti. Lezyonlardan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde püstül formasyonu gösteren nötrofil invazyonu, yüzeysel ve derin dermiste nonkazeifiye granülomlar ve multinükleer dev hücreler izlendi. Fizik muayenesi ve diğer laboratuvar tetkikleri normal olan hastada sistemik tutulum saptanmadı. Klinik ve histopatolojik bulgular sonucunda hastaya papülopüstüler kutanöz sarkoidoz tanısı kondu. Kutanöz sarkoidozun papülopüstüler formu nadirdir. Büyük bir taklitçi olduğundan rozasea veya diğer papülopüstüler cilt hastalıkları gibi yanlış tanı alabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz; rozasea

**ABSTRACT** Sarcoidosis is a multi-systemic granulomatous disease of unknown aetiology. Lungs and lymph nodes are mostly affected whereas cutaneous involvement is seen in 25-30% of patients. Skin lesions may be the only manifestations, emerging anytime in the course of the disease. Specific skin lesions are macules, papules, nodules, and ulcers. A 60-years-old female patient presented to our outpatient clinic with erythematous maculopapules and pustules over her right cheek and nose lasting for about 4 months. She had no benefit from therapies given for a diagnosis of rosacea before. The histopathological examination of a biopsy obtained from the lesions showed neutrophil invasion consisted with pustule formation, non-caseating granulomas and multinuclear giant cells in the superficial and deep dermis. The otherwise laboratory and physical examinations of the patient were all normal. No systemic involvement was detected. Upon the clinical and histopathological findings, the patient was diagnosed as papulopustular form of cutaneous sarcoidosis. Papulopustular form of cutaneous sarcoidosis is a rare manifestation of sarcoidosis. It may be misdiagnosed as rosacea or the other papulopustular skin diseases since it is a great imitator.

**Key Words:** Sarcoidosis; rosacea

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2013;21(2):59-62**

Sarkoidoz; etiyojisi bilinmeyen, deri ve bazı iç organların tutulduğu sistemik granümatöz bir hastalıktır.<sup>1</sup> Tutulan organlar arasında başlıca akciğer, lenf nodları, gözler, deri, karaciğer, dalak, kemik doku yer alır. Olguların %25-30'unda deri tutulumu olabilir. Sarkoidozda eritemli veya hipopigmente makül, papül, püstül, plak, nodül, ülser, verrüköz ve iktiyoziform lezyonlar ile eritema nodosum, lokalize alopesi gibi çok çeşitli deri lezyonları görülebilir.<sup>2</sup> Biz burada papülopüstüler rozasea benzeri



**RESİM 1:** Burun sırtı ve sağ malar bölgede eritematöz papülopüstüller lezyonlar.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 2:** Lezyonların daha yakından görünüşü.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)

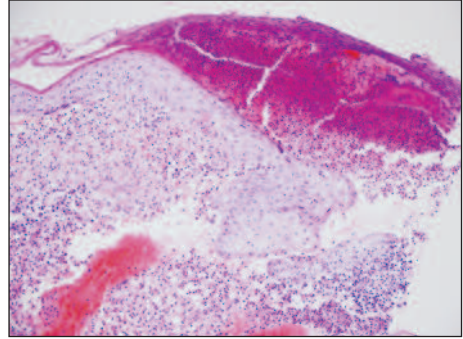
linik görünüm sergileyen bir sarkoidoz olgusunu sunuyoruz.

## OLGU SUNUMU

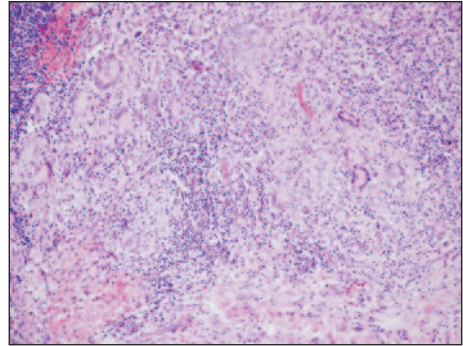
Altmış yaşında kadın hasta, Kasım 2009 tarihinde polikliniğimize başvurdu. Dört ay önce başlayan yüzde kızarıklık ve sivilcelerden yakınıyordu. Hastanın öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde yüzde, burun üstünde ve sağ malar bölgede, eritemli makülopapüller ve püstüller lezyonları vardı (Resim 1, 2). Hastada klinik olarak akne rozasea tanısı düşünülerek, buna yönelik tedavi verildi. Önceleri hastanın lezyonları geriler gibi olduysa da sonradan lezyonlarında artış gözlemlendi. Dört ay sonra lezyonlarındaki alevlenme nedeniyle başvuran hastadan akne rozasea, sarkoi-

doz, lupus vulgaris, lenfositoma kutis, diskoid lupus eritematozus ön tanıları ile deri biyopsisi alındı. Biyopsinin histopatolojik incelemesinde parakeratoz, püstül ile uyumlu görünüm olan kurut tabakası ve bunun komşuluğunda yoğun nötrofil infiltrasyonu görüldü. Sağlam epidermis içerisinde nötrofil ve lenfosit infiltrasyonu mevcuttu. Epidermis altında dermis ve derin dermisi dolduran granülomlar, multinükleer dev hücreler, lenfosit kümeleri, nötrofiller, plazma hücreleri gözlemlendi. İnfiltrasyon yağ dokusu içine de ilerlemiş olup granülomlar burada da izlenmekteydi. Kazeifikasyon nekrozu yoktu

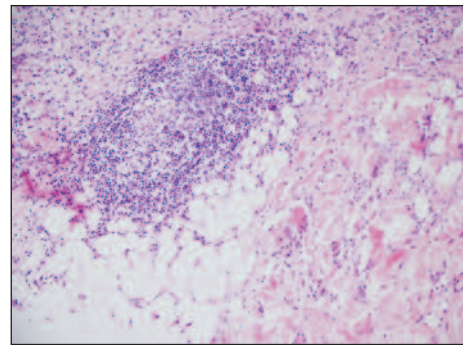
**RESİM 3**



**RESİM 4**

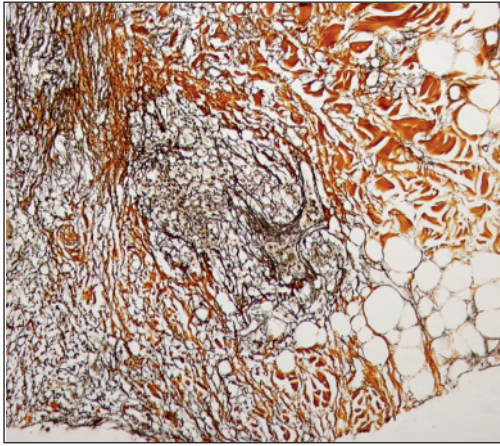


**RESİM 5**



**RESİM 3-4-5:** Histopatolojik görünüm. (H-Ex200).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 6:** Histopatolojik görünüm (H-E 200).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



**RESİM 7:** Tedaviden bir ay sonraki görünüm.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)

(Resim 3-5). Gümüşlü retikülün boyası ile dokudaki retikülün liflerin yer yer granülomlar içine girdiği ve hücreleri tek tek sardığı görüldü (Resim 6). Uygulanan Erlich-Ziehl Neelsen histokimyasal boyaması ile lezyonda mikroorganizma saptanmadı. Ayrıca derin mantar enfeksiyonunu ayırt etmek için yapılan Periodik-asit-schiff boyası negatifti. Dokuda tüberküloz için yapılan polimeraz zincir reaksiyonu negatifti. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgulara dayanarak sarkoidoz tanısı kondu. Sistemik tutulum yönünden araştırılmak üzere göğüs hastalıkları bölümüne danışıldı. Yapılan laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı, sedimentasyon hızı, tam idrar, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, alkalin fosfataz, bilirubin düzeyleri, serum

kalsiyum düzeyi ve serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi normal sınırlarda bulundu. PPD 13 mm idi. Akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri normaldi. Akciğer tomografisinde sağ akciğer alt lop laterobazalda 4,5 mm çaplı buzlu cam dansitesinde nodül mevcuttu. Bu bulgu daha önceden geçirilen bir hastalığın sekeli olarak değerlendirildi.

Hastanın papülopüstüler kutanöz sarkoidoz lezyonlarına betametazon dipropiyonat ampul 1/8 oranında serum fizyolojik ile sulandırılarak intralezyonel (İL) olarak uygulandı. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde lezyonların palpasyonunda endurasyonun kaybolduğu, sadece hafif bir eritemin kaldığı görüldü (Resim 7).

## TARTIŞMA

Sarkoidoz nonkazeöz granülomların oluşması ile karakterli sistemik bir hastalıktır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın görülme yaşı 20-40 ile 45-65 arasındadır ve olguların üçte ikisi kadındır.<sup>1-4</sup> Sarkoidoz iç organlardan en çok akciğer, mediasten, perihiler lenf bezleri, gözler, falanksalar, miyokard, santral sinir sistemi, böbrek, dalak, karaciğer, gonadlar ve eklem tutulumu ile seyreder.<sup>2-6</sup> Tanısı genellikle klinik, radyolojik ve histopatolojik inceleme ile konur. Sarkoidoz şüphesinde mutlaka deri biyopsisi alınmalıdır. Çünkü sarkoidozun deri tutulumu birçok lezyonu taklit edebilir.<sup>6</sup> Yüzde makülopapüler erüpsiyon, lupus pernio, indure plaklar, skar dokusu, iktiyoz, pustüller lezyonlar kutanöz sarkoidozun bulguları arasındadır.<sup>3</sup> Kutanöz sarkoidoz lezyonları genellikle asemptomatiktir. Bizim hastamızın da lezyonlarında sadece hafif kaşıntı yakınması mevcuttu.

Sarkoidozun deri lezyonları hastalığın herhangi bir evresinde oluşabilmekle beraber ilk belirti olarak da ortaya çıkabilir. Sarkoidozun deri belirtileri çok çeşitli hastalıklarla karışabildiğinden "büyük taklitçi" olarak da anılmaktadır.<sup>6</sup> Ayırıcı tanıda; lupus vulgaris, yabancı cisim reaksiyonu, psödolenfoma, tüberküloid lepra, granuloma anülare, lüpoid layşmanya, atipik mikobakteri enfeksiyonu, derin mantar enfeksiyonları, sifiliz, lupus miliyaris fasii, diskoid lupus eritematozus ve granülamatöz rozasea düşünülmelidir.<sup>1-7</sup> Bizim hastamızın da lezyonları akne rozasea lezyonlarına çok

benziyordu. Ancak lezyonların tedaviye dirençli olması ve artış göstermesi biyopsi almamızı gerektirdi.

Sarkoidozun spesifik deri lezyonlarında, esas olarak epiteloid hücrelerden oluşan keskin sınırlı granülom yapısı vardır. Bu granülomların özellikle periferinde yerleşen hafif veya orta derece lenfoid hücre birikimi olur. Granülomlarda büyük veya düzensiz kenarlı birkaç dev hücre bulunur ve eskimiş lezyonlarda daha fazladır. Nadiren schüman ve asteroid cisimler içerir ve bunlar sarkoidoz için spesifik kabul edilmektedir. Sarkoidozun histopatolojik olarak ayırıcı tanısında granümatöz akne rozasea, tüberküloz ve lepra düşünülmelidir. Granümatöz rozaseada, vasküler dilatasyonlarla beraber dermal ödem vardır. Pilosebase ünit ve damar çevrelerinde mikst inflamatuvar infiltrat görülür. Sebace bezlerin hem sayıları hem boyutları artmıştır. Deri tüberkülozunda tüberküller epiteloid hücrelerden oluşur. Kazeifikasyon nekrozu vardır. Dev hücrelerin çoğu langerhans tipinde olup nüveleri periferde dizilmiştir. Tüberkülleri mononükleer hücreler çevreler ve basiller görülebilir. Leprada ise epiteloid hücreler, seyrek olarak dev hücreler, orta derece lenfosit infiltrasyonu görülür.<sup>7</sup>

Sarkoidozda en sık görülen laboratuvar bulguları; hiperkalsüri, hiperkalsemi, serum ACE düzeylerinde yükselme, sedimentasyon hızında artış, serum alkalin fosfataz düzeylerinde artış ve hiper-gamaglobüнемidir.<sup>4</sup> ACE pulmoner kapillerlerin endotel hücrelerinde bulunan bir enzimdir, yüksekliği sarkoidozda tanıyı doğrular. Özellikle sistemik tutulumu olan olgularda serum ACE düzeyi yükselir. Ancak normal ACE değerleri de sarkoidoz tanısını ekarte ettirmez. Bizim olgumuzda yapılan

tetkikler normal sınırlar içerisinde olup sistemik tutulum saptanmamıştır.

Literatürde kutanöz sarkoidozun eşlik ettiği sistemik sarkoidoz olguları daha sık bildirilmiş olmasına rağmen, sadece deri tutulumu ile seyreden olgular da vardır.<sup>2</sup> Bizim hastamız da bunlardan biriydi. Bazen de sarkoidoz sadece kutanöz olarak başlayıp, ilerleyen dönemlerinde bir sistemik tutulum eklenebilir. Kutanoz sarkoidozu olan 25 olgu dâhil edilmiş bir çalışmada, ekstrakutanöz tutulum bulguları; dört olguda lenf nodu, sekiz olguda akciğer, iki olguda göz tutulumu olarak izlenmiştir.<sup>8</sup> Kutanoz sarkoidozun en sık papüler formu görülür.<sup>1</sup> Bizim olgumuzda sık rastlanan papuler lezyonlar dışında, çok nadir olarak izlenen püstüler lezyonlar da mevcuttu. Erişilebilen literatür incelemeleri sonucunda, bizim olgumuzda görüldüğü gibi hem klinik olarak hem de histopatolojik olarak püstülleri dikkat çekici görünümde olan papülopüstüler kutanoz sarkoidoz olgusuna rastlanmamıştır.

Kutanöz sarkoidoz tedavisinde değişik tedavi ajanları kullanılmaktadır. Sistemik ve topikal steroidler, antimalaryaller, D vitamini, azatiyopurin, metotreksat etkili bulunmuştur. Ayrıca siklosporin, klorambusil, izotretinoin, allopurinol, pentoksifilin, leflunomid, infliksimab, talidomid de tedavide denenmiştir.<sup>2-4,9</sup> Kutanoz papül ve nodül tarzı lezyonlar kendiliğinden iyileşebilir. Topikal, İL steroid enjeksiyonu ya da oklüzyonu yeterli olabilir. Bizim olgumuzda İL steroid enjeksiyonu sonrası lezyonlarda tama yakın gerileme gözlemlendi.

Sonuç olarak yüzde iyileşmeyen papülopüstüler lezyonların ayırıcı tanısında mutlaka sarkoidoz da düşünülmeli, deri biyopsisi alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Tüzün Y, Arzunal N. [Sarcoidosis]. *Dermatose* 2002;1(2):47-56.
2. Koca R, Çınar S, Numanoğlu G, Altınyazar HC, Tekin NS, Muhtar S. [Angiolioid type cutaneous sarcoidosis on the auricle: A case report.]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26(4):453-6.
3. Kelley BP, George DE, LeLeux TM, Hsu S. Ichthyosiform sarcoidosis: A case report and review of the literature. *Dermatol Online J* 2010;16(8):5.
4. Kumbasar Ö. [Sarcoidosis]. *Solunum Dergisi* 2008;10(Suppl 1):9-17.
5. Özkan AŞ. [Noninfection granulomas]. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, editörler. *Dermatoloji*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. p.1529-38.
6. Tchernev G. Cutaneous sarcoidosis: the "great imitator": etiopathogenesis, morphology, differential diagnosis, and clinical management. *Am J Clin Dermatol* 2006;7(6):375-82.
7. Kendrick CG, Brown RA, Reina R, Ford BP, Reed RJ, Nesbitt LT Jr. Cutaneous sarcoidosis presenting as leonine facies. *Cutis* 2004;73(1):57-62.
8. Chong WS, Tan HH, Tan SH. Cutaneous sarcoidosis in Asians: a report of 25 patients from Singapore. *Clin Exp Dermatol* 2005;30(2):120-4.
9. Örum M, Hilberg O, Krag S, Bendstrup E. Beneficial effect of infliximab on refractory sarcoidosis. *Dan Med J* 2012;59(12):A4535.