

# Akrodermatitis Continua

## ACRODERMATITIS CONTINUA

Süleyman PİŞKİN\*, Latife CANDAN\*\*, Z. Gülsevin ŞİMŞEK\*\*\*, Tamer SERT\*\*\*\*

\* Doç.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,  
\*\* Yrd.Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,  
\*\*\* Uz.Dr., Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği,  
\*\*\*\* Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, EDİRNE

### Özet

*Akrodermatitis continua, el veya ayak parmaklarının distal falanklarından başlayan ve yavaş yavaş proksimale doğru ilerleyen, steril püstüllerle karakterli, nadir görülen bir dermatozdur. Bu yazıda, nadir görülmesi nedeniyle, 12 yaşında bir kız çocuğunda, bir akrodermatitis continua olgusu sunulmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Akrodermatitis continua,  
Püstüler erüpsiyon

T Klin Dermatoloji 2000, 10:245-247

### Summary

*Acrodermatitis continua is a rare, sterile, pustular eruption of the fingers or toes, which slowly extends proximally. In this article, because of its rare occurrence, a 12 year old female case of acrodermatitis continua disease is presented.*

**Key Words:** Acrodermatitis continua,  
Pustular eruption

T Klin J Dermatol 2000, 10:245-247

Akrodermatitis continua, el veya ayak parmaklarının distal falanklarından başlayan ve yavaş yavaş proksimale doğru ilerleyen, steril püstüllerle karakterli, nadir görülen bir dermatozdur. 1888'de Crocker, el ve ayaklarda, nöksler gösteren büllöz ve püstüler bir erüpsiyon tanımlamış, 1890-1897 arasında da Hallopeau, çeşitli yayınlarda bu hastalığın özelliklerini ortaya koymuştur. Hastalığın, püstüler akrodermatit, akrodermatitis continua süpürativa Hallopeau, dermatitis perstans, dermatitis repens Crocker gibi sinonimleri vardır (1).

Akrodermatitis continua, günümüzde akropüstüler psoriasisın bir formu olarak sınıflandırılmaktadır (1). Birçok hastada tipik psoriasis belirtileri bulunabilir veya sonradan çıkabilir.

**Geliş Tarihi:** 26.05.1999

**Yazışma Adresi:** Dr.Süleyman PİŞKİN  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD, 22030, EDİRNE

*Not: Olgu, 19-24 Ekim 1998, Kuşadası, XVII. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.*

Generalize şekilleri ise püstüler psoriasisın generalize şeklinden ayırt edilemez. Bazen çocuklarda da görülebilir (2).

### Olgu

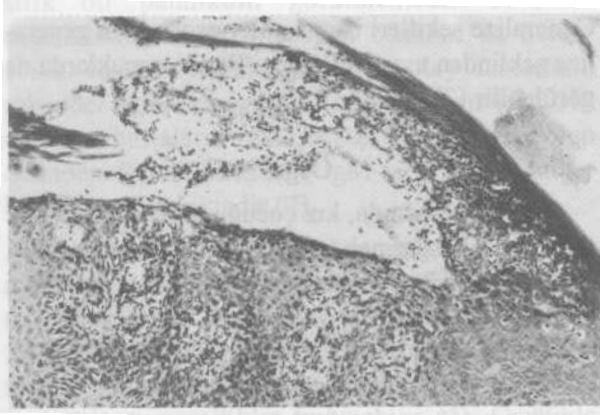
G.G, 12 yaşında, kız çocuğu, öğrenci. Dört yıl önce sol el başparmak tırnağında kalınlaşma olmuş, ardından tırnak çevresinde pullanma ve sivilceye benzer kabartılar ortaya çıkmış, daha sonra bu kabartılar kabuklanmış. Hastaya kontakt dermatit, psoriasis, perioniksis tanılarıyla değişik tedaviler uygulanmış, hasta bunlardan yarar görememiş.

Dermatolojik muayenede sol el birinci parmak distal falanksında, parmak ucunu tamamen saran püstüller, skuamlar ve krutlar; tırnakda kabalaşma, tırnağın proksimal kısmında küçük çöküntüler, distal kısmında sararma saptandı (Şekil 1). Diğer tırnaklarda patoloji yoktu. Derinin diğer bölgeleri ve mukozalar sağlamdı. Mikolojik ve bakteriyolojik incelemeler olumsuzdu. Rutin hematolojik ve biyokimyasal incelemeleri normaldi.

Histopatolojik incelemede epidermide parakeratoz, akantoz, suprapapiller incelleme ve yüzeyel



Şekil 1. Lezyonun tedaviden önceki görünümü.



Şekil 2. Püstül içinde ve epidermiste polimorf nüveli lölosit infiltrasyonu. Püstül çevresinde epidermiste spongiozis ve yüzeyde parakeratoz (HE X200).

dermiste iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Bir alanda papiller dermisdeki iltihabi hücrelerin yoğunlaştığı, epidermise ilerlediği, epidermal hücrelerde dejenerasyon ve spongiform püstül oluşturduğu görüldü (Şekil 2). Bu histopatolojik bulgular, klinik bulgularla birlikte değer-

lendirildiğinde, akrodermatitis continua ile uyumlu bulundu.

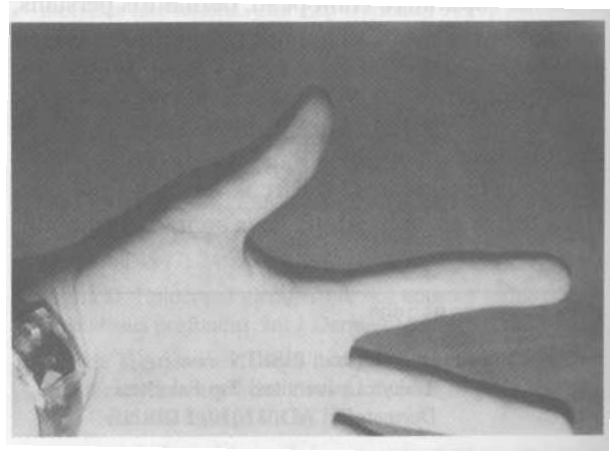
Hastaya tek doz 20mg IM triamsinolon asetonid ve topikal klobetazol 17-propiyonat verildi, bir hafta sonra kontrolde lezyonların tamamen silindiği, derinin hafif atrofik olduğu gözlemlendi (Şekil 3) ve tedavisi kesildi. Bir ay sonraki kontrolde ise nüks görüldü.

### Tartışma

Akrodermatitis continua daha çok orta yaşlarda ortaya çıkar, kadınlarda daha siktir (3,4), çocuklarda da görülebilir (2,3). Kız çocuğu olan olgumuzda hastalık 8 yaşında başlamıştı.

Akrodermatitis continua, çoğu defa bir el veya daha seyrek olarak bir ayak parmağının ucundan, genellikle lokal bir travmanın veya infeksiyonun ardından başlar (3,5) Tırnak kenarları da en sık başladığı yerlerdendir (1). Distal falanks derisinde eritem, skuam ve ardından püstüller belirir. Skuamlar ve püstüller kaybolunca yerlerinde parlak kırmızı, bazen nemli, duyarlı ve ağrılı bir zemin kalır (3). Bu eritemli zemin üzerinde yeni püstüller ortaya çıkar, olay bu şekilde sürekli yenilenir (2). Olgumuzun lezyonları sol el birinci parmak distal falanksına lokalize idi ve tırnak kenarından başlamıştı. Hastanın, püstüllerin ortaya çıkışından önce tırnakta kalınlaşma tanımlaması, başlangıçta bir travma olabileceğini düşündürmektedir.

Tırnak yatağında ve tırnak matriksinde de püstüller çıkabilir, bu da tırnak kaybına veya tırnak distrofisine neden olabilir (1). Olgumuzun tutulan



Şekil 3. Lezyonun tedaviden sonraki görünümü.

parmağında, tırnakta kabalaşma, tırnağın proksimal kısmında küçük çöküntüler, distal kısmında sararma saptandı.

Hastalık bazen yıllar sonra proksimale doğru ilerleyerek ele, önkola yayılabilir. İleri dönemlerde falanksın distal bölümünde deride atrofi gelişebilir (1). Hastalık bazen generalize olabilir ve generalize püstüler psoriasis benzer ağır bir tablo gelişebilir (1,2). Olgumuzda dört yıldır varolan hastalık, başlangıcından beri, distal falanksta sınırlı idi; hastanın ilk muayenesinde, lezyonların üzerindeki skuamlar ve krutlar nedeniyle atrofi olup-olmadığı değerlendirilememiştir, fakat tedavi sonunda lezyonların silinmesiyle, deride hafif bir atrofi olduğu görüldü.

Histopatolojik olarak, akrodermatitis kontinuanın erken dönem bulguları psoriasis vulgaris, lokalize püstüler psoriasis, Reiter hastalığı, akut mukokütanöz kandidiyazis ve infekte kontakt dermatit ile karışabilir. Psoriasis vulgarisde görülen Kogoj'un spongiform püstülleri daha küçüktür ve psoriasisın diğer histopatolojik özellikleri daha belirgin ve düzenli olarak izlenebilir. Lokalize püstüler psoriasisde, genellikle püstül daha sınırlı ve çevre epidermal hücrelerde spongiosis daha hafiftir. Reiter hastalığında parakeratotik tabaka daha kalındır (6). Akut mukokütanöz kandidiyazis, mantar hif ve sporlarının görülmesi ile tanınır. İnfekte kontakt dermatitte psoriasisın diğer histopatolojik özellikleri görülmez, intrasellüler ödeme bağlı veziküller ve multiloküler büller lezyonun baskın özellikleridir. Histopatolojik olarak, olgunun bu hastalıklardan ayırıcı tanısı yapıldı ve olguya, kliniği de göz önüne alınarak akrodermatitis kontinua tanısı kondu.

Klinik olarak ayırıcı tanısında, bakteriyel ve fungal paronişiler, palmoplanter püstüler psoriasis, püstüler dizidrotik ekzema, infekte kontakt dermatit göz önünde bulundurulmalıdır (1). Olgumuzun, bakteriyel ve fungal paronişilerden bakteriyel ve mikolojik incelemelerin olumsuz çıkmasıyla; palmoplanter püstüler psoriasisden sadece bir parmağın distal falanksına lokalize olması ve sadece o parmak tırnağında deformite bulunmasıyla; püstüler dizidrotik ekzema ve infekte kontakt dermatitten bakteriyel incelemelerin olumsuz bulunması ve farklı klinik seyirlerinin olmasıyla ayırıcı tanısı yapıldı.

Hastalığın kesin tedavisi yoktur, sürekli remisyonu sağlayacak spesifik bir ilaç bulunmamıştır (1,2). Prensip olarak, palmoplanter püstüloz tedavisinde kullanılan ilaçlar, akrodermatitis kontinua tedavisinde de kullanılabilir (1). Sistemik kortikosteroidler (2,5), PUVA (1,5), Re-PUVA (5), potent topikal kortikosteroidler (1), bir nonsteroidal antiinflamatuvar olan nimesulid (4), kolşisin, tetrasiklin, metotreksat, etretinat, asitretin, siklosporin A (5), topikal kalsipotriol (7,8), asitretin ve topikal kalsipotriol kombinasyonu (9), dapson (10) faydalı olabilir. Oral kortikosteroid yerine İM triamsinolon asetonid uygulamasının, yan etki ve rebound açısından daha uygun olduğu bildirilmiştir (2). Olgumuza tek doz 20mg İM triamsinolon asetonid ve topikal klobetazol 17-propiyonat verildi, kontrollerde bir hafta sonra lezyonların tamamen silindiği, fakat bir ay sonra nüks olduğu görüldü.

#### KAYNAKLAR

1. Christophers E, Mrowietz U. Pustular eruptions of palms and soles. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Dermatology in general medicine, 5th ed. Newyork: Mc Graw-Hill, 1999: 723-8.
2. Aydemir EH. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. eds. Dermatoloji, 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994: 315-32.
3. Baker H. Psoriasis. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL, eds. Textbook of dermatology, 4th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1986: 1469-532.
4. Piraccini BM, Fanti PA, Morelli R, Tosti A. Hallopeau's acrodermatitis continua of the nail apparatus: a clinical and pathological study of 20 patients. Acta Derm Venereol 1994; 74: 65-7.
5. Özkaya N, Zeren İ, Karaman A. Akrodermatitis kontinua. In: Erdem C, ed. XII. Prof. Dr. A. Lütü Tat Simpozyumu, Posterler. Ankara: Ayrıntı Ofset, 1995: 177-80.
6. Lever WF, Schaumburg-Lever G: Histopathology of the skin, 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1990: 152-84.
7. Emtestam L, Weden U. Successful treatment for acrodermatitis continua of Hallopeau using topical calcipotriol. Br J Dermatol 1998; 135: 644-6.
8. Mozzanica N, Cattaneo A. The clinical effect of topical calcipotriol in acrodermatitis continua of Hallopeau. Br J Dermatol 1998; 138: 556.
9. Kuijpers AL, van Dooren-Greebe RJ, van de Kerkhof PC. Acrodermatitis continua of Hallopeau: response to combined treatment with acitretin and calcipotriol ointment. Dermatology 1996; 192: 357-9.
10. Nikkels AF, Nikkels Tassoudji N, Pierard GE. Breaking the relentless course of Hallopeau's acrodermatitis by dapsone. Eur J Dermatol 1999; 9: 126-8.

