

# Pediyatrik Akne Rozase

## ACNE ROSACEA IN CHILDHOOD: A CASE REPORT

Dr. Mustafa ÖZDEMİR,<sup>a</sup> Dr. Munise GÜMÜŞEL,<sup>a</sup> Dr. Ümit KAMIŞ,<sup>b</sup> Dr. İnci MEVLİTOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatoloji AD, <sup>b</sup>Göz Hastalıkları AD, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, KONYA

### Özet

Akne rozase (AR) yüzde telenjiyektazi, eritem, papül ve sebace gland hipertrofisi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen hastalık 3. ve 4. dekatlarda siktir. Hastaların %50'sinden fazlası blefarit, meibomit, tekrarlayıcı şalazyon, episklerit, irit, korneal ülserasyon ve vaskülarizasyon gibi göz bulgularına sahiptir. Deri ve göz lezyonları 30 ve 50'lili yaşlarda sık görülmesine rağmen çocukluk döneminde de ortaya çıkabilir. Biz burada AR tanısı koyduğumuz bir çocuk olgu nedeni ile çocukluk çağı AR'yi irdelemeyi amaçladık.

2.5 yaşında burun, yanaklar ve her iki göz kapağında eritemli zemine sahip papül ve püstülleri olan AR'li bir çocuk olguyu sunuyoruz. Şikayetleri bir yıl önce göz kapaklarında ağrılı şişlikler tarzında başlamış. Bir çok tedavi verilmesine rağmen bu şikayetleri aralıklarla tekrarlamış. Son 3 ay içinde de benzer lezyonlar yüzünde de oluşmaya başlamış. Dermatolojik muayenesinde sol alt ve sağ üst göz kapağında ağrılı nodül, burun ve yanaklarda da bazıları eritemli zemine sahip papül ve püstüller vardı. Yüzde telenjiyektazileri de olan hastada komedon yoktu. AR tanısı koyduğumuz hastamızda, tanısını göz konsültasyonu ile de doğruladık. Oral eritromisin, topikal düşük potensli steroid ve nemlendirici ile 3 ay boyunca tedavi ettiğimiz hastamızda nüks görmedik.

Çocukluk çağında göz kapaklarında sık tekrarlayan hordeolum ve şalazyon durumlarında ayırıcı tanıda AR düşünülmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuklarda akne rozase, eritromisin

**Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006, 16:119-122**

**A**kne rozase etiyolojisi bilinmeyen 3. ve 5. dekatlarda yüzde eritem, telenjiyektazi, papüller, püstüller ve sebace gland hipertrofinin görüldüğü kronik inflamatuvar bir

**Geliş Tarihi/Received:** 20.06.2005

**Kabul Tarihi/Accepted:** 10.04.2006

Makalemiz Dermatoloji 1-4. 06. 2005 Bahar Sempozyumunda (İstanbul) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Mustafa ÖZDEMİR  
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD, 42080 Meram/KONYA  
mustafaozdemir@yahoo.com

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006, 16

### Abstract

Acne rosacea (AR) is a chronic skin disorder characterized by the presence of the telangiectasia, erythema, papules, pustules, and sebaceous gland hypertrophy in the face. Etiology of AR is not known fully and it is common in the third and fourth decades. More than 50% of the patients with AR have the ophthalmic signs such as blepharitis, meibomianitis, recurrent chalazia, episcleritis, iritis, corneal ulceration and vascularization. Although the skin and eye lesions are seen in age of 30 to 50 years, it occurs in childhood. Our aim was to review the literature on acne rosacea in childhood, due to a child with AR who was described in our clinic.

We presenta 2.5 years-old boy with erythematous papules and pustules on the nose, cheeks and eye lids. His complaint started with painful papules on the eye lids one year ago. Although many therapeutic agents were given, his eye complaints repeated intermittently. In last three months, similar lesions occurred on his face. Skin examination showed painful nodules on the left inferior lid and the right superior lid, erythematous papulopustules and telangiectasia on the nose and cheeks. There was no comedon. A diagnosis of AR confirmed by eye consultation. The patient was treated with oral erythromycin, low grade topical steroid and moisturizing cream during three months and in this period, any recurrence related to the disease was not seen.

In differential diagnosis, AR should be considered in case of recurrent chalazia and hordeola on the eye lids during childhood.

**Key Words:** Acne rosacea in children, erythromycin

hastalıktır.<sup>1</sup> Pediyatrik grupta sık bildirilmeyen veya göz ardı edilen akne rozasenin göz bulguları deri bulgularından önce ortaya çıkabilir.<sup>2</sup> Biz burada uzun süre göz polikliniği tarafından sık tekrarlayan şalazyon ve hordeolum şikayetiyle takip edilen pediyatrik akne rozase vakası sunuyoruz.

### Olgu

2.5 yaşındaki erkek hasta burun, yanak ve göz kapaklarındaki eritemli zeminde papülopüstüller lezyonları nedeniyle kliniğimize getirildi. Şikayetleri 1 yıl önce her iki göz kapağında kızamık şiş-

likler şeklinde başlamış. Farklı ilaçlar (steroid, nonsteroidal antiinflamatuvar ve antibakteriyel göz damlaları) kullanmasına rağmen bu şikayetleri sık sık tekrarlamış. Son üç ay içinde ise benzeri lezyonlar burun sırtından başlayıp yanaklara yayılmış. Dermatolojik muayenesinde sol göz alt, sağ göz üst kapakta ağrılı üzeri kurutlu iki adet nodül, burun ve malar bölgede eritemli zeminde bazıları püstüllü papüller ve telenjiyektaziler vardı. Hastada komedon yoktu (Resim 1). Hipoksik iskemik ensefalopati sebebi ile çocuk nörolojisi tarafından takip edilen hastanın makrosefalisi mevcuttu. Başında da akne rozase saptadığımız hastamızın soy geçmişinde başka özellik yoktu. Laboratuvar tetkikleri normaldi. IgA, IgG, IgM ve IgE düzeyleri de normaldi. *Helicobacter pylori* serolojisi (-), yüzdeki püstüler bir lezyondan alınan sürüntü materyalinin %10 KOH incelemesinde demodex follikorum saptanmadı. Göz muayenesinde sağ üst göz kapağında eksternal hordeolum, sol alt göz kapağı temporalinde şalazyon tespit edildi. Biyomikroskopik muayenesinde her iki göz kapak kenarlarında kabuklanma ve telenjiyektazi saptandı. Ayrıca her iki gözde yaygın meibomit vardı. Sol göz korneada inferior süperfisyal punktat keratit mevcuttu. Bu bulgularla akne rozase tanısı koyduğumuz hastamıza üç ay boyunca oral eritromisin süspansiyon (30 mg/kg/gün), lokal tedavi olarak düşük potensli steroid olan prednicarbate ve nemlendirici olarak hamamelis virginia ekstresi verildi. Şikayetleri geriledi ve ilaçsız takip ettiğimiz altı ay süresince nüks gözlenmedi (Resim 2).



**Resim 1.** Sol göz alt kapakta şalazyon, sağ göz üst kapakta hordoleum, burun ve malar bölgede papül ve püstüller.



**Resim 2.** İlaçsız takip ettiğimiz altı ay sonraki görünüm

### Tartışma

Akne rozase geçici veya kalıcı karakterde yüzün orta kısmında eritem ve telenjiyektaziye sıklıkla eşlik eden papüller ve püstüllerle karakterizedir. Sık rastlanılan kronik inflamatuvar bir dermatodur ve dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar eritematelenjiyektatik tip, papülopüstüler tip, fimatöz tip ve oküler tip akne rozasedir. Yüz dışı tutulum olarak kulaklarda, boyunda, göğüs ön yüzünde ve saçlı deride maküler kırmızılık şeklinde görülebilir. AR'nin, rozase conglabata, gram negatif rozase, steroid rozasesi, rozase fulminans ve lupoid rozase olmak üzere değişik tipleri de vardır.<sup>1,3</sup>

Akne rozase özellikle açık tenlilerde sık görülür fakat koyu tenli kişilerde de nadiren bulunabilir. Her yaş grubunda kadınlarda, erkeklerden daha sıktır.<sup>1,3</sup> Deri ve göz bulguları 30 ve 40'lı yaşlarda sık olmasına rağmen çocukluk döneminde de gözlenebilmektedir.<sup>2</sup> Çocuklarda erişkinlerdeki tipik deri bulguları yoktur. Erken dönemde yanma ve irritasyon hissiyle birlikte kızarma, ilerleyen dönemlerde eritemli zeminde papül, püstül ve telenjiyektazi belirir.<sup>4,5</sup> Olgumuz yüzde eritem yapabilecek ve akne rozase ile ayırıcı tanıya giren hastalıklar açısından değerlendirildiğinde; fotosensitivite öyküsü mevcut değildi, klinik olarak seboreik ve atopik dermatit görünümü yoktu, ANA ve Antids-DNA'sı negatif olup sistemik lupus eritamatozusa yönelik anamnezi yoktu. Papül ve püstülleri olan olgumuzda komedon olmadığı için akne vulgaris düşünülmedi. Yüzdeki püstüler lezyondan yapılan

yaymada demodex follikorum ve pitriosporem ovale saptanmadığı için bunlara bağlı folikülitlerden de uzaklaşıldı. Erken yaşlarda akne rozase benzeri erüpsiyonlarla başlayan ve beraberine gövdede seboreik keratoza benzeyen pigmente keratotik lezyonlar el ve ayaklarda keratotik lezyonlarında bulunduğu otozomal dominant geçişli bir genodermatoz olan Haber sendromu yönünden de hastamızın keratotik lezyonları olmaması nedeni ile düşünülmedi. Kalıcı eritem ve telenjiyektazinin çok daha az görüldüğü perioral dermatit genellikle dudak çevresi veya nazolabial oluktan başlar. Hastalığın ilerlemesine paralel olarak perioküler tutulum görülebilir. Ayrıca perioküler perioral dermatitte şalazyon, episiklerit, keratit, hiperemik konjonktiva, korneal ülserler ve skarlaşma gibi göz tutulumu bildirilmemektedir.<sup>1,6</sup>

Erişkindeki yüz dışı tutulum çocuklarda görülmez. Çocuklarda inflamatuvar nodül gibi kronik değişiklikler veya yaygın tutulumlara da rastlanmaz.<sup>7</sup> Çocukluk döneminde olgumuzda olduğu gibi sık tekrarlayan şalazyon, hordoleum ve blefarokonjonktivit, episiklerit, keratit, meiboimit, hiperemik konjonktiva, korneal ülserler ve skarlaşma gibi göz bulguları ön plandadır. Meibomian gland enflamasyonu ve keratit en sık görülen göz bulgularıdır. Yapılan bir çalışmada, çocuklarda oküler rozase tanısı konulduğunda hastalığın cilt bulguları olguların sadece 1/3'de saptanabilmiştir.<sup>2,8</sup> Olgumuzda da cilt bulguları hastalığın başlamasından yaklaşık bir yıl sonra ortaya çıkmıştı. Oküler tutulum olgumuzda olduğu gibi simetriktir ve en erken göz tutulumu bildirilen çocuk üç yaşındadır.<sup>9</sup> Steroid kullanımına bağlı gelişen akne rozase hayatın ilk aylarında da başlayabilir. Oküler rozasenin, akne rozase gibi etyolojisi bilinmemektedir. Rozaseli hastaların göz yaşlarında enflamasyonun gelişimine katkıda bulunan sitokinlerden interlökin-1 $\alpha$  konsantrasyonunda ve matriks metalloproteinaz-9 seviyesindeki artışın hastalığın gelişiminde rol alabileceği bildirilmiştir. Ayrıca bakteriyel lipazlarında oküler akne rozase gelişiminde etkisinin olabileceği belirtilmiştir.<sup>2</sup> En sık korneal bulgu alt punktata keratopattır. Kronik inflamasyon pannusa ve skara neden olur. En sık komplikasyonu da %5 hastada gözlenen keratittir.<sup>10</sup>

Ciddi göz tutulumlarında oral antibiyotik kullanımını gerekir. Tedavide oral tetrasiklinler antimikrobik olmaları ve sebum penetrasyonunun iyi olması sebebiyle tercih edilirler. Ayrıca bakteriyel lipaz üretimini azaltarak toksik serbest yağ asitleri seviyesini düşürürler. Tetrasiklinler kemiklerde birikerek büyümeyi engelledikleri ve dişlerde renklenme bozukluklarına yol açtıklarından dolayı çocukluk döneminde ve gebelerde tercih edilmezler.<sup>2,11,12</sup> Bundan dolayı antimikrobik etkisinin yanında antiinflamatuvar etkinliği de bulunan eritromisin 30-50 mg/kg/gün dozunda dört-altı hafta kullanılması önerilmektedir. Bu dozda punktata keratopati de azalmaktadır.<sup>2,8</sup> Göz tutulumlarında kirpik hijyenine dikkat edilmeli, sıcak pansumanlar yapılmalıdır. Topikal steroidli damlalar oral tedaviye ek olarak korneal erozyonları önlemek için kullanılmaktadır. Oküler rozase tedavisi sonrasında sıklıkla nöks edebileceğinden tedavisi uzun süreli olmalı ve doz azaltılarak kesilmelidir. Tedavi ile elde edilen remisyondaki akne rozaseli olguların 4 yıl ve sonrasındaki nöks oranı %69 olarak bildirilmiştir.<sup>9</sup> Bizde olgumuzda önerilen dozda eritromisin süspansiyonu 300mg/gün olacak şekilde başladık. Bir buçuk aydan sonra 200mg/gün'e dozu azaltarak bir buçuk ay daha devam ettik. Oral tedavisine ek olarak topikal hamamelis virginia ekstresi içeren krem ve prednikarbat içeren pomad karışımını kullandık. Bir ay sonra topikal olarak sadece hamamelis virginia ekstesi içeren krem kullandık. İsoetretinoin tedaviye dirençli akne rozase ve rozase varyantlarında 0.5 mg/kg/gün dozlarında önerilse de oftalmik yan etkilerinin göz bulgularını artırabilmesi ve ciddi yan etkilerinin varlığı çocukluk grubu akne rozasede bu ilacın tercih edilmemesine neden olmaktadır.<sup>1</sup>

Oküler rozase uygun şekilde tedavi edilmediği zaman korneada ülser, opasite ve perforasyon gibi istenmeyen sonuçlar doğurabilir. Oküler rozase tanısını koymada kesin kriterler olmamasına rağmen, meiboimian bez disfonksiyonu ile birlikte kapak kenarlarında telenjiyektazi ve uzun süreli oküler irritasyon bulgularının saptandığı durumlarda mutlaka düşünülmalıdır. Bundan dolayı sık tekrarlayan ve ilk basamak tedaviye yeterli yanıt

vermeyen meibomit, hordeolum, blefarit ve kapak kenarlarında telenjiyektazi gibi göz bulguları ve şikayetleri olan hastalarda, deri bulguları daha sonradan da gelişebileceği için oftalmologlar akne rozase tanısını göz ardı etmemelidir. Ayrıca dermatoloji konsultasyonu istenmesinin de tanının desteklenmesinde yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

- 1- Plewig G, Jansen T. Rosacea. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Dermatology in general medicine*. 6<sup>th</sup> ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p.688-96.
- 2- Nazir SA, Murphy S, Siatkowski M, Chodosh J, Siatkowski RL. Ocular rosacea in childhood. *Am J Ophthalmol* 2004;137:138-44.
- 3- Crawford GH, Pelle MT and James WD. Rosacea: Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:327-41.
- 4- Marks R, Harcourt-Webster JN. Histopathology of rosacea. *Arch Dermatol* 1969;100: 682-91.
- 5- Howard R, Tsuchiya A. Adult skin disease in the pediatric patient. *Dermatol Clin* 1998;16:593-608.
- 6- McCormack CJ, Cowen P. Haber's syndrome. *Australas J Dermatol* 1997;38:82-4.
- 7- Savin JA, Alexander S, Marks RA. Rosacea-like eruption of children. *Br J Derm* 1972;87:425-9.
- 8- Lacz NL, Schwartz RA. Rosacea in the pediatric population. *Cutis* 2004;74:99-1003.
- 9- Erzurum SA, Feder RS, Greenwald MJ. Acne rosacea keratitis in childhood. *Arch Ophthalmol* 1993;111:228-30.
- 10- Foster CS. The eye in skin and mucous membrane disorders. In: Tasman W, ed. *Duane's clinical ophthalmology*. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.32-3.
- 11- Howard R, Tsuchiya A. Adult skin disease in the pediatric patient. *Pediatr Dermatol* 1998;16:593-608.
- 12- Gruber GG, Callen JP. Systemic complications of commonly used dermatologic drugs. *Cutis* 1978;21: 825-9.