

Terra Firma-Form Dermatozu Olgularının Klinik Olarak Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Clinical Evaluation of Terra Firma-Forme Dermatositis: Single Center Experience

Nurşad ASLAN,^a
Elif ÇOMAK,^b
Kamile DEMİRCİ,^c
Şükran GÜLER^d

^aDeri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
^bÇocuk Nefroloji Kliniği,
^cÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,
Kocaeli Derince Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
^dDeri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
Kocaeli Gölcük Necati Çelik
Devlet Hastanesi,
Kocaeli

Geliş Tarihi/Received: 25.10.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 10.02.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Kamile DEMİRCİ
Kocaeli Gölcük Necati Çelik
Devlet Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
Kocaeli,
TÜRKİYE/TURKEY
kamiledemirci@mynet.com

doi: 10.5336/dermato.2014-41657

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

ÖZET Amaç: Beklenilenden sık görüldüğünü düşündüğümüz terra firma-form dermatozu (TFFD) tanımlanmış 20 yıldan fazla olmasına rağmen, bu hastalığın klinik özelliklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde TFFD tanısı ile izlenmekte olan hastaların klinik özelliklerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Dermatoloji polikliniğinde Haziran 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında TFFD tanısı alan tüm hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri değerlendirildi. **Bulgular:** Araştırma grubundaki 51 hastanın 44 (%86,3)'ü çocuk, 7 (%13,7)'si erişkindi. Çocuk hastaların yaş ortalaması 9,04±4,08 yıl (1-17 yaş), erişkin hastaların yaş ortalaması ise 29,42±19,27 yıl (18-69 yaş) olarak bulundu. Çocuk hasta grubunda 26 (%59,1) kadın hasta, erişkin hasta grubunda ise 4 (%57,1) kadın hasta yer alıyordu. Hastalar lezyonların yerleşim bölgeleri incelendiğinde 16 (%31,4) hastada gövde, 13 (%25,5) hastada ekstremitelerde, 4 (%7,8) hastada kıvrım bölgeleri, 1 (%2) hastada baş (yüz ve kulak) ve 17 (%33,3) hastada da birden fazla anatomik bölgenin tutulduğu görüldü. Tüm hastalar lokal alkol uygulaması ile tedavi edildi. Hastalar eşlik eden dermatolojik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde; 6 (%11,8) hastada atopik dermatit, 4 (%7,8) hastada kserozis, 3 (%5,9) hastada akne, 1 (%2) hastada rozasea, 1 (%2) hastada seboroik dermatit, 1 (%2) hastada vitiligo saptandı. Eşlik eden sistemik hastalıklar ise 4 (%7,8) hastada allerjik rinit, 4 (%7,8) hastada idrar yolu enfeksiyonu, 2 (%3,9) hastada malignite (osteosarkom ve kronik miyeloid lösemi), 1 (%2) hastada Silver Russel sendromu, 1 (%2) hastada hipotiroidi idi. **Sonuç:** Sistemik belirtilere yol açmayan, kolay teşhis ve tedavi edilebilen TFFD, hiperpigmente lezyonların ayırıcı tanısında akıldan tutulmalıdır. Böylece gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarından kaçınılmış olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pigmentasyon bozuklukları; alkoller; çocuk

ABSTRACT Objective: Despite terra firma-forme dermatosis (TFFD) which is much more frequent than that we expected has been described more than 20 years ago, there are limited number of reports about clinical properties of this disease. We aimed to evaluate the clinical features of patients with TFFD followed at our clinics. **Material and Methods:** The medical records of patients with TFFD, diagnosed as TFFD between June 2013 and June 2014, were reviewed retrospectively. Demographic data and clinical features of patients were documented. **Results:** A total of 51 patients, 44 children, 26 girls (59.1%), with a mean age of 9.04±4.08 years (1-17 years old), and 7 adults, 4 females (57.1%) with a mean age of 29.42±19.27 years (18-69 years old) were included. Disease localisation were found as trunk in 16 patients (31.4), extremities in 13 patients (25.5), fold zones in 4 patients (7.8), head (face and ear) in 1 patient (2), and more than one anatomic location in 17 patients (33.3). All patients were treated by local alcohol application. All patients were evaluated for the accompanying dermatological diseases. Six patients (11.8) had atopic dermatitis, 4 patients (7.8) had kserosis, 3 patients (5.9) had acne, 1 patient (2) had rosacea, 1 patient (2) had seboric dermatitis, 1 patient (2) had vitiligo. The accompanying systemic diseases of patients were allergic rhinitis in 4 patients (7.8), urinary tract infection in 4 patients (7.8), malignant diseases (osteosarcoma and chronic myeloid leucemia) in 2 patients (3.9), Silver Russel syndrome in 1 patients (2), hypothyroidism in 1 patients (2). **Conclusion:** TFFD, which does not cause systemic symptoms and which can be easily diagnosed and treated, should be kept in mind in differential diagnosis of hyperpigmented lesions. In this way unnecessary diagnostic tests and treatment methods would be avoided.

Key Words: Pigmentation disorders; alcohols; child

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2015;25(1):1-5

Terra firma-form dermatozu (TFFD) ilk olarak Duncan tarafından 1987 yılında “Duncan’ın kirli dermatozu” olarak tanımlanmıştır.¹ Latince “kirli alan” demek olan “terra firma-forme”, “kuru toprak, kuru yüzey” anlamına gelmektedir. Klinik olarak kahverengi-gri pigmentasyon gösteren, palpasyonla pürtüklü olarak hissedilebilen plak ve yamalardan oluşan TFFD, hijyen bozukluğuna bağlı değildir ve hastada görünümü haricinde herhangi bir bulguya neden olmaz. Tanı için ayrıntılı tetkikler ve biyopsi gibi invaziv yöntemler gerekli değildir. Yüzde 70’lik etil alkol veya izopropil alkol ile ovalayarak silindiğinde, lezyonların kaybolduğunun gözlemlenmesi tanı koydurucudur.²⁻⁶ Tanımlanmalı 20 yıldan fazla olmasına rağmen, bu hastalığın klinik özelliklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.²⁻⁶

Kolay tedavi edilebilir bir durum olan TFFD, özellikle akla gelmediğinde gereksiz tetkik ve tedavilere neden olabileceğinden, klinik özelliklerinin bilinmesi önemlidir. Bu çalışmada, TFFD tanısı ile izlenmekte olan hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kliniğimizde Haziran 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında TFFD tanısı alan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Araştırmaya doğrudan dermatoloji kliniğine başvuran ya da çocuk hekimleri tarafından yönlendirilen tüm hastalar dâhil edildi. Hastaların demografik bilgileri, klinik özellikleri, fizik muayene bulguları ve eşlik eden sistemik ve dermatolojik hastalıklarının varlığı değerlendirildi. Hikâye veya klinik muayenesinde yetersiz hijyen düşündürücü bulgusu olanlar “dermatosis neglecta” tanısı lehine değerlendirildiğinden araştırma dışında bırakıldı. Araştırma öncesinde Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulundan etik onay alındı. Araştırma sonunda veriler ortalama±standart sapma, medyan ve yüzde olarak ifade edildi.

BULGULAR

Araştırma grubundaki 51 hastanın 44 (%86,3)’ü çocuk, 7 (%13,7)’si erişkin idi. Çocuk hastaların yaş ortalaması 9,04±4,08 yıl (1-17 yaş), erişkin hastala-

rın yaş ortalaması 29,42±19,27 yıl (18-69 yaş) olarak bulundu. Tüm grubun yaş ortalaması ise 11,84±10,44 yıl (1-69 yaş) idi. Hastaların 30 (%58,8)’u kadın, 21 (%41,1)’i erkekti. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Hastalar lezyonların yerleşim bölgeleri incelendiğinde; 16 (%31,4)’sında gövde, 13 (%25,5)’ünde ekstremitelerde, 4 (%7,8)’ünde kıvrım bölgeleri, 1 (%2)’inde baş (yüz ve kulak) ve 17 (%33,3)’sinde de birden fazla anatomik bölgenin tutulduğu görüldü (Tablo 2). Lezyon dağılımı 36 (%70,4) hastada simetrik, 15 (%29,4) hastada asimmetrik idi. Tüm hastalar lokal alkol uygulaması ile tedavi edildi. Sekiz yaşındaki bir çocuk hastanın tedavi öncesi ve sonrası cilt bulguları Resim 1 ve 2’de görülmektedir.

Hastalar eşlik eden dermatolojik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde, 16 (%31,3) hastada ek patolojik özellik vardı. Altı (%11,8) hastada atopik dermatit, 4 (%7,8) hastada kserozis, 3 (%5,9) hastada akne, 1 (%2) hastada rozasea, 1 (%2) has-

TABLO 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri.

Hasta sayısı	51
Çocuk/erişkin	44/7
Yaş-tüm grup (ortalama±SD)	11,84±10,44 yıl
Yaş-çocuk (ortalama±SD)	9,04±4,08 yıl
Yaş-erişkin (ortalama±SD)	29,42±19,27 yıl
Kadın/erkek, n (%)	30 (%58,8)/21 (%41,1)
Çocuk-kadın/erkek, n (%)	26 (%59,1)/18 (%40,9)
Yetişkin-kadın/erkek, n (%)	4 (%57,1)/3 (%42,8)
Eşlik eden diğer dermatolojik hastalıklar	n (%)
Atopik dermatit	6 (%11,8)
Kserozis	4 (%7,8)
Akne	3 (%5,9)
Rozasea	1 (%2)
Seboreik dermatit	1 (%2)
Vitiligo	1 (%2)
Eşlik eden sistemik hastalıklar	n (%)
Allerjik rinit	4 (%7,8)
İdrar yolu enfeksiyonu	4 (%7,8)
Malignite (osteosarkom ve kronik miyeloid lösemi)	2 (%3,9)
Silver Russel sendromu	1 (%2)
Hipotiroidi	1 (%2)

TABLO 2: Hastalarda bulunan lezyonların yerleşim bölgesi.

Yerleşim bölgesi	n (%)
Gövde	16 (%31,4)
Ekstremiteler	13 (%25,5)
Kıvrım bölgeleri	4 (%7,8)
Baş (yüz ve kulak)	1 (%2)
Birden fazla anatomik bölge	17 (%33,3)
Tüm vücutta yaygın	5 (%9,8)
Ön kol ve gövde	5 (%9,8)
Boyun, göğüs, karın	3 (%5,8)
Boyun ve gövde	2 (%3,9)
Kollar, bacaklar	1 (%1,96)
Gövde ve bacaklar	1 (%1,96)

tada seboreik dermatit, 1 (%2) hastada da vitiligo saptandı.

Ek olarak, araştırma grubunda yer alan hastalar eşlik eden diğer hastalıklar açısından da değerlendirildi. Toplam 13 (%25,5) hastanın farklı zamanlarda başka klinik tanılar da aldığı görüldü. Dört (%7,8) hastada allerjik rinit, 4 (%7,8) hastada idrar yolu enfeksiyonu, 2 (%3,9) hastada malignite (osteosarkom ve kronik miyeloid lösemi), 1 (%2) hastada Silver Russel sendromu, 1 (%2) hastada hipotiroidi vardı.

TARTIŞMA

TFFD, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, yeterli hijyene rağmen deride kir benzeri değişikliğe yol açan bir keratinizasyon bozukluğudur.²⁻⁶ Dermatozis neglecta, akantozis nigrikans, nörodermatit, iktiyozis, pitriazis versikolor, epidermal nevus ve konflue retiküle papillomatozis (Gougerot-Carteaud sendromu) gibi diğer bazı hastalıklarla karıştırılması olasıdır. TFFD hiçbir semptomaya neden olmayan, sadece kozmetik olarak hastayı rahatsız eden bir durumdur.²⁻⁶ Bu dermatoz tanı konulduğunda hasta ve yakınlarını telaşlandırmaktadır. Bizim hastalarımızdan biri polikliniğimize gelmeden önce başka bir merkezde iktiyozis ön tanısıyla biyopsi alınarak tanı konulmaya çalışılmıştı. Bir hastamız ise yine başka bir merkezde pitriazis versikolor düşünülerek tedavi edilmeye çalışılmış ve düzelmeyince bize başvurmuştu.

Bu hastalığın idiyopatik olduğu düşünülmeyle birlikte, keratin tabakasının retansiyonu sonucu geliştiği de bildirilmektedir. Oluşum mekanizması ile ilgili olarak ailesel geçiş, genetik yatkınlık, güneşe maruziyet, gecikmiş veya eksik keratinizasyon gibi birçok etken bildirilmekle birlikte hâlen yeterli ve kesin bir veri yoktur.²⁻⁶ Erkek ve ark., yaptıkları çalışmada, olgularından ikisinin düzenli olarak emol-



RESİM 1: TFFD tanısı konulmuş 8 yaşında bir çocuk hastanın lezyonlarının görünümü.

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



RESİM 2: Aynı hastanın alkol ile silindikten sonra cilt bulgularının kaybolması.

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

yent ve yağlı temizleyiciler kullandıklarını bildirmişlerdir.⁴ Bu durumun TFFD oluşumunda rol alabileceği ihtimalini ortaya koymuşlardır. Bizim hastalarımızın ise hiçbirinde emolyent kullanım öyküsü yoktu. Hastalarımızın %68,6'sında eşlik eden başka bir deri hastalığı vardı. Bunların %11,8'i atopik dermatit, %7,8'i kserozis olarak saptandı. Ancak bu hastaların hiçbirisi düzenli olarak emolyent kullanmıyordu. Bu durum bize, daha önceki çalışmalarda saptanmış olan emolyent kullanımı ile bağlantısı bulunan bu hastalığın aslında kullanılan emolyentlere bağlı değil de altta yatan hastalığa bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Araştırma grubundaki hastaların %5,9'unda akne, %2'sinde rozasea, %2'sinde seboreik dermatit, %2'sinde vitiligo vardı. Akne tanısı olan hastaların birinde TFFD lezyonu yüzde lokalize idi. Diğerlerinde TFFD boyun ve bacak yerleşimli olup, akne lezyonlarından bağımsızdı. Bu hastalıkların TFFD ile birlikteliğini gösterir başka hiçbir veri bulunmamaktadır. Eşlik eden diğer deri hastalıklarının etiyopatogenezi aydınlatmaya etkisi olabileceğinden bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastalarımızın ikisi kardeş olup, bunlar dışında ailede benzer şikâyeti olan kişiler tarifleyen hasta yoktu. Bu kardeşlerde özellikle öyküde ve klinik bulgularda hijyen bozukluğunu düşündüren herhangi bir durum yoktu. Yine de bu bulgu, TFFD'nin etiyopatogenesinde genetik yatkınlığın olabileceğini söylemek için yeterli değildir.

Bu hastalıkta lezyonların genellikle boyun, ayak bileği yerleşimli olduğu, aksilla, inguinal bölge, umblikus çevresi gibi kıvrım bölgelerinde, gövdede, saçlı deri ve ekstremitelerde de görülebileceği ve daha çok simetrik yerleşimli olduğu, lokalize veya jeneralize dağılım gösterebildiği bildirilmiştir.²⁻⁶ Bizim olgularımız tutulum bölgelerine göre değerlendirildiğinde; %31,4'ünde gövde, %25,5'inde ekstremitelerde, %7,8'inde kıvrım bölgeleri, %2'sinde baş (yüz ve kulak) ve %33,3'ünde birden fazla bölgenin tutulduğu görüldü. Üst ve alt ekstremitelerde lezyonlar belirli bir lokalizasyonda olmayıp anterior, posterior, lateral ve medial yerleşimli idi. Lezyonların lokalizasyonu güneş gören ve görmeyen her bölgede olduğundan, bu durum hastalığın etiyopato-

genezi açısından değerlendirildiğinde TFFD'nin güneşe maruziyete bağlı olduğunu söyleyebilmek için yeterli değildir.

TFFD'nin daha önce simetrik tutulumu olduğu bildirilmiş olup, bizim serimizde de çoğunlukla simetrik tutulum olduğu görülmüştür.²⁻⁶

Bu dermatozun tüm yaş gruplarını etkileyebilmesine rağmen daha çok çocuklarda görüldüğü ve her iki cinsi de eşit etkilediği bildirilmiştir.²⁻⁶ Bizim hastalarımızın da büyük çoğunluğunu çocuklar oluşturmaktaydı. Araştırma grubunda yer alan hastaların yalnızca yedisi erişkin idi. Literatürdeki olguların tedavi edildikten sonraki altı aylık izlemlerinde TFFD'nin tekrar etmediği bildirilmiştir.²⁻⁶

Daha önceki yayınlar TFFD'nin düşünüldüğünden daha sık görülebilen bir hastalık olduğunu vurgulamaktadır.¹⁻⁵ Bu bilgiyi doğrular şekilde, göreceli olarak kısa bir zamanda kliniğimizde 51 TFFD hastasının takip ve tedavisi yapılmıştır.

TFFD kolay teşhis ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğundan, bugüne kadar bildirilmiş histopatolojik değerlendirmeler de sınırlı sayıdadır.^{2,4-6} Histopatolojik olarak belirgin lameller hiperkeratoz, stratum korneumda keratin globülleri, fokal, girdap yapıları oluşturan kompakt ortokeratoz bildirilmiştir.^{2,4-6} Berk ve ark., Fontana-Masson boyama ile bazal tabaka ve kompakt hiperkeratotik alanlarda melanin artışı, PAS boyama ile Malassezia furfur gibi maya sporları izlemişlerdir.³ Sezgin ve ark. ise PAS boyamada hifa veya spor izlemediklerini bildirmişlerdir.⁶ Bizim hastalarımıza klinik olarak tanı konulabilmiş ve alkolle temizlenerek tedavi edilebilmiştir. Bu nedenle bizim de patolojik inceleme sonucumuz bulunmamaktadır. Histopatolojik incelemeler hastalığın etiyolojisini ve patogenezi aydınlatma açısından faydalı olabileceğinden bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışma grubunda yer alan hastalar eşlik eden diğer durumlar açısından değerlendirildi. Toplam 13 hastanın farklı zamanlarda başka klinik tanılar da aldığı görüldü: Allerjik rinit, idrar yolu enfeksiyonu, malignite (osteosarkom ve kronik miyeloid lösemi), Silver Russel sendromu, hipotiroidi. Bu hastaların kullanmış olduğu ilaçlar veya hastalıkla-

rın kendisi cilt kuruluğu yaparak belki de henüz tespit edilememiş başka mekanizmalarla bu durumu tetiklemiş olabilir. Bu hastalıklarla birlikteliği daha önce hiç bildirilmemiş olup, aralarında bir sebep-sonuç ilişkisi olup olmadığını belirleme amaçlı geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, ülkemizde ve dünyada nadir olgu sunumları olmakla birlikte, bu hastalığın az bilindiğinden dolayı gözden kaçtığını ve aslında

daha sık görülen bir dermatoz olduğunu düşünmekteyiz. Lezyonların alkol ile silinerek temizlenmesi hem tanı koydurucu hem de tedavi edici olduğundan, TFFD tanısının bilinmesi gereksiz tetkik ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını da engelleyecektir. Sistemik belirtilere yol açmayan, kolay teşhis ve tedavi edilebilen bir hastalık olması nedeni ile TFFD, hiperpigmente lezyonların ayırıcı tanısında daima akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Duncan WC, Tschen JA, Knox JM. Terra firma-forme dermatosis. Arch Dermatol 1987; 123(5):567-9.
2. Browning J, Rosen T. Terra firma-forme dermatosis revisited. Dermatol Online J 2005; 11(2):15.
3. Berk DR. Terra firma-forme dermatosis: a retrospective review of 31 patients. Pediatr Dermatol 2012;29(3):297-300.
4. Erkek E, Sahin S, Çetin ED, Sezer E. Terra firma-forme dermatosis. Indian J Dermatol Venerol Leprol 2012;78(3):358-60.
5. Babu AR, Vijayashankar M. Terra firma-forme dermatosis: a case report. Our Dermatol Online 2013;4(1):89-90.
6. Sezgin AÖ, Gerçeker Türk B, Yaman B, Dereli T. [Terra firma-forme dermatosis]. Türkderm 2013;47(3):187-9.