

Bir Çocuk Olguda “Pitriyazis Rozea Gigantea”

“PITYRIASIS ROSEA GIGANTEA” IN A CHILD CASE

Dr. Engin SEZER,^a Dr. Hakan ERBİL,^b Dr. Taner SEZER,^c
Dr. Doğan KÖSEOĞLU,^d Dr. Nurper FİLİZ,^d Dr. Zafer KURUMLU^b

^aDermatoloji AD, ^bPediyatri AD, ^cPatoloji AD, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, TOKAT
^bDermatoloji AD, GATA, ANKARA

Özet

Pitriyazis rozea genellikle gövde ve ekstremitelerin proksimalinde lokalize, deri klivajlarına paralel yerleşim gösteren oval eritemli plaklarla karakterize akut, kendini-sınırlayan cilt hastalığıdır. Atipik klinik formlar tanıda güçlüğü neden olabilmektedir. Pitriyazis rozea gigantea, klinik olarak az sayıda, geniş çaplı eritemli plakların gözlemlendiği pitriyazis rozeanın ender rastlanılan varyantlarından biridir.

Bu makalede, pitriyazis rozea gigantea tanısı alan 8 yaşındaki erkek hasta sunularak, Vidal’in pitriyazis sirsinata ve marginatası, eritema anulare sentrifugum ve eritema kronikum migrans gibi hastalıklarla ayırıcı tanıya gidildi.

Anahtar Kelimeler: Pitriyazis rozea, cilt hastalığı, papüloskuamöz, inflamasyon

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007, 17:138-140

Abstract

Pityriasis rosea is an acute, self-limited skin eruption characterized by oval erythematous plaques distributed through the lines of cleavage of the skin, mainly located on the trunk and proximal limbs. Atypical clinical forms may occasionally cause confusion in diagnosis. Pityriasis rosea gigantea is a rare variant of pityriasis rosea clinically presenting with a few and large-size erythematous plaques.

In this article, we describe a 8-year-old boy with pityriasis rosea gigantea and differentiate the disease with pityriasis circinata et marginata of Vidal, erythema annulare centrifugum and erythema chronicum migrans.

Key Words: Pityriasis rosea, skin diseases, papulosquamous, inflammation

Pitriyazis rozea gigantea (PRG), ender rastlanılan atipik pitriyazis rozea formlarından birisini oluşturmaktadır. PRG klasik pitriyazis rozea’dan farklı olarak az sayıda ve geniş çaplı lezyonlarla klinik seyir gösterir.^{1,2} Klasik pitriyazis rozeada; yuvarlak veya oval şekilli, eritemli, yakalık tarzda skuam gösteren, boyutları 2-5 cm çaplarında değişen madalyon lezyonun gözlenmesinden yaklaşık 2 hafta sonra gövde ve ekstremitelerde proksimallerinde yerleşim gösteren daha küçük çapta oval, yakalık tarzda skuamlar içeren çok sayıda lezyonlara rastlanılır.¹⁻⁴

Bu makalede sol inguinal lokalizasyonda anüler eritemli, yakalık tarzda skuamlı plakların gözlemlendiği ve PRG tanısı alan çocuk olgumuzu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

8 yaşında erkek hasta, 2 haftadır sol inguinal lokalizasyonda yerleşim gösteren kaşıntılı kızarıklık ve kabartılar tanımlıyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik saptanmayan hastanın dermatolojik muayenesinde sol inguinal bölgede 2 adet 15X10 ve 12X7 cm çaplarında anüler, eritemli, yakalık tarzda skuamlı plak saptandı (Resim 1). Oral mukoza ve sistem muayenesi doğaldı.

Tam kan sayımı, eritrosit sedimantasyon hızı, rutin biyokimya ve idrar analizleri ve serum anti-Borrelia IgM ve IgG düzeyleri normal sınırlarda veya negatif saptandı. Nativ preparat incelemesinde fungal hifa gözlenmedi. Histopatolojik incelemede; fokal parakeratoz, hipogranüloz, hafif düzeyde akantoz, spongiyoz ve lenfosit

Geliş Tarihi/Received: 26.04.2006 **Kabul Tarihi/Accepted:** 17.07.2006

Çalışmamız 15-19 Kasım 2005 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirilen XVII. Prof. Dr. A. Lütfü TAT Sempozyumunda poster bildirisi olarak tebliğ edilmiştir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Engin SEZER
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, TOKAT
eseze@yahoo.com

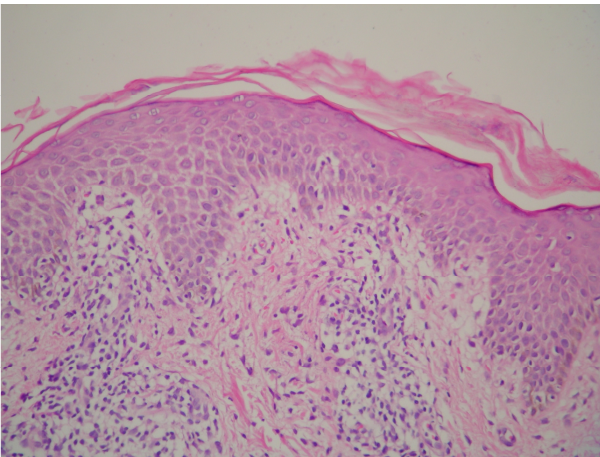
Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Sol inguinal bölgede 15 x 10 ve 12 x 7 cm çaplarında anüler, eritemli, skuamli plaklar.

ekzositozuyla birlikte yüzeysel dermiste lenfositik infiltrasyon ve eritrosit ekstrasvazasyonu saptandı (Resim 2).

Klinik ve histopatolojik bulgular ışığında PRG tanısı alan hastaya topikal metilprednizon aseponat %0.1 pomad ve oral setrizin 5 mg/gün



Resim 2. Olgunun histopatolojik görünümü. Epidermiste fokal parakeratoz, hipogranüloz, spongiyoz, yüzeysel dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu ve eritrosit ekstrasvazasyonu (H&E X15).

tedavisine başlandı. Tedavinin 2. haftasında semptom ve lezyonlarda silinme gözlemlendi. 6 aylık takip periyodunda nüks saptanmadı.

Tartışma

Klasik pitriyazis rozea lezyonları deri klivajlarına paralel yerleşim gösteren karakteristik lezyonlarla klinik seyir göstermekle birlikte, atipik formlar tanıda güçlüğü neden olabilmektedir. Atipik pitriyazis rozea formları tüm pitriyazis rozea olgularının yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır.⁵

Pitriyazis rozea inversada sekonder lezyonlar, yüz ve ekstremitelerin distal alanları gibi klasik pitriyazis rozeanın gözlenmediği bölgelerde yerleşim gösterir.^{5,6} Purpurik form daha çok çocuklarda belirir ve eritemli lezyonlarda peteşiyal ve purpurik görünüm hakimdir. Servikosefalik varyantta lezyonlar baş ve boyunda lokalizasyon gösterir.⁷ Veziküler pitriyazis rozeada yalnızca veziküler lezyonlar görülebilmekle birlikte, klasik lezyonlara da eşlik edebilir.^{8,9} Diğer atipik formlar arasında ürtikeriyen plakların gözlemlendiği pitriyazis rozea ürtikata, Vidal'in pitriyazis sirsinata et marginatası ve püstüler pitriyazis rozea yer alır.^{5,9}

PRG çoğunlukla gövde yerleşimi gösteren, avuç içi büyüklüğünde ve en fazla birkaç lezyonla sınırlı eritemli plaklarla karakterizedir.⁵ Hastalığın klinik seyrinin klasik pitriyazis rozeadan farklı olmadığı bildirilmektedir.¹ Olgumuzda da klasik pitriyazis rozea prognozuna benzer şekilde topikal kortikosteroid tedavisiyle klinik iyileşme saptandı ve tedavi sonrası nüks gözlenmedi. Yalnızca primer plakların (madalyon lezyon) gözlemlendiği pitriyazis rozea formlarına rastlanılsa da, olgumuzda olduğu gibi PRG'da lezyonların çapı, boyutları 2-5 cm arasında değişen primer plak çapından daha büyüktür.⁵ Ayırıcı tanıda Vidal'in pitriyazis sirsinata ve marginatası, eritema anülare sentrifugum, eritema kronikum migrans, geniş plak parapsöriazis, nümüler ekzema ve tinea korporis yer alır.

Vidal'in pitriyazis sirsinata ve marginatasında da aksilla ve inguinal alanda yerleşim gösteren lokalize lezyonlar saptanmakla birlikte, olgumuzdan farklı olarak lezyonlar birleşme eğilimin-

dedir ve inatçı seyir gösterir.¹⁰ Histopatolojik incelemede, yoğun perivasküler yerleşim göstererek manşet görünümüne neden olan lenfositik infiltrasyonun gözlenmemesiyle, olgumuzda olduğu gibi kaşıntılı eritemli, skuamli anüler plaklara neden olabilen yüzeysel eritema anülar sentrifugum ile ayırıcı tanıya gidildi.^{11,12}

Eritema kronikum migransta, olgumuzdan farklı olarak histopatolojik olarak yüzeysel ve derin yerleşimli anjiosentrik, nörotropik ve ekrinotropik lenfosit, eozinofil ve plazma hücre infiltrasyonu gösterir ve serolojik olarak anti-Borrelia antikör yüksekliği genellikle klinik tabloya eşlik eder.^{13,14} Geniş plak tip parapsöriazis de, olgumuzda olduğu gibi az sayıda ve geniş çaplı eritemli skuamli plaklarla klinik seyir gösterebilmekle birlikte, histopatolojik incelemede olgumuzda atipik lenfoid infiltrasyonun gözlenmemesi ve klinik takipte lezyonlarda tedavi sonrası nüks gözlenmemesi ile ayırıcı tanıya gidildi. Nümler ekzemada ise yakalık tarzda skuam klinik tabloya eşlik etmez ve histopatolojik incelemede olgumuzda saptanan dermal eritrosit ekstrasvazasyonu ve epidermal hipogranüloz beklenen bulgular değildir.¹⁵

Olgumuzun deri biyopsi örneği, algoritmik yaklaşım göz önüne alındığında lenfositik infiltrasyonun hakim olduğu spongiyozla seyreden yüzeysel dermatit grubunda yer alır.¹⁵ Olgumuzda dermiste eritrosit ekstrasvazasyonu ile birlikte hipogranülozis ve fokal parakeratoz bulgularının varlığı ile histopatolojik ayırıcı tanıda karışıklığa neden olabilecek küçük plak tip parapsöriazis ve nümler ekzema gibi hastalıklarla ayırıcı tanıya gidilebilmektedir.¹⁵ Bununla birlikte olgumuzda mevcut histopatolojik bulgular tek başına tanı koydurucu nitelikte değildir ve ancak klinik bulgularla birlikte ele alındığında pitriyazis rozea gigantea tanısını desteklemektedir.

Sonuç olarak az sayıda, geniş çaplı eritematöz plaklarla klinik seyir gösteren olgularda

ayırıcı tanıda PRG'nın yer alması gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Chuh A, Zavar W, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:120-6.
2. Parsons JM. Pityriasis rosea update: 1986. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:159-67.
3. Akar A, Erbil H. Human Herpesvirus 6 and 7 in pityriasis rosea. *Turk Klin Dermatol* 2002;12:79-84.
4. Tüzün Y. Pitriyazis rozea. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroglu S, ve ark, editörler. *Dermatoloji*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2005.s.181-4.
5. Bjornberg A, Tegner A. Pityriasis rosea. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1997.p.541-6.
6. Gibney MD, Leonardi CL. Acute papulosquamous eruption of the extremities demonstrating an isomorphic response. Inverse pityriasis rosea (PR). *Arch Dermatol* 1997;133:651-4.
7. Gonzales LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea: an important papulosquamous disorder. *Int J Dermatol* 2005;44:757-64.
8. Miranda SB, Lupi O, Lucas E. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:622-5.
9. Bari M, Cohen BA. Purpuric vesicular eruption in a 7-year-old girl. Vesicular pityriasis rosea. *Arch Dermatol* 1990; 126:1497-501.
10. Ahmed I, Charles-Holmes R. Localized pityriasis rosea. *Clin Exp Dermatol*. 2000; 25:624-6.
11. Gundeslioglu AO, Ertas NM, Celebioglu S, Hucumenoglu S. Erythema annulare centrifugum: an unusual presentation for acute leukemia. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:798-9.
12. Lee HW, Lee DK, Rhee DY, Chang SE, Choi JH, Moon KC, et al. Erythema annulare centrifugum following herpes zoster infection: Wolf's isotopic response? *Br J Dermatol* 2005;153:1241-3.
13. Arnez M, Pleterski-Rigler D, Luznik-Bufon T, Ruzic-Sabljić E, Strle F. Solitary and multiple erythema migrans in children: comparison of demographic, clinical and laboratory findings. *Infection* 2003;31:404-9.
14. Weed B, Davis MD. Lyme disease presenting with multiple erythema migrans lesions: an illustrative case. *Int J Dermatol* 2003;42:715-7.
15. Elder DE. *Lever's Histopathology of the Skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. p.110-1.