

Olgu sunumu-Case report

Doksisiklin tedavisine cevap veren konfluen ve retiküle papillomatoz: İki olgu sunumu

Confluent and reticulated papillomatosis responsive to Doxycycline: Report of two cases

Fadime Kılınç*, Selma Emre, Ahmet Metin

Dermatoloji Kliniği (Dr. F. Kılınç, Dr. S. Emre, Dr. A. Metin), Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, TR-06800 Ankara

Özet

Konfluen ve retiküle papillomatoz sıklıkla genç kadınları etkileyen, nadir görülen, nedeni bilinmeyen bir deri hastalığıdır. Hafif skuamli, eritematöz, hiperpigmente maküllerle karakterizedir. Tipik olarak intermammaryal bölge ve gövde üst yan kısımlar tutulur. Lezyonlar zamanla tüm gövdeye yayılabilir. Şiddetli kaşıntı ile seyredebilir. Tedavide minosiklin, fusidik asit, klaritromisin, eritromisin, azitromisin etkili olduğu bildirilmiştir. Burada, uzun süre tinea versikolor tedavisi alan, klinik ve histopatolojik olarak konfluen ve retiküle papillomatoz tanısı konulan ve doksisiklin tedavisine cevap veren iki olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Konfluen retiküle papillomatoz, tinea versikolor, doksisiklin

Abstract

Confluent and reticulated papillomatosis is a very rare disease with an unknown cause, which frequently affects young women. It is characterized by erythematous hyperpigmented mild squam macule. It occurs typically over intermammaryal region and upper body side. Lesions can spread to whole trunk overtime. Severe itching may occur. Minocycline, fucidic acid, claritromycin, erythromycin, azithromycin have been reported to be effective. Here in, we report two cases with confluent and reticulated papillomatosis, who were misdiagnosed as tinea versicolor and had a long time of antifungal therapy. The patients successfully responded to doxycycline treatment.

Keywords: Confluent reticulated papillomatosis, tinea versicolor, doxycycline

Geliş tarihi/Received: 29 Kasım 2010; **Kabul tarihi/Accepted:** 11 Nisan 2011

***İletişim Adresi:**

Dr. Fadime Kılınç, Dermatoloji Kliniği, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TR-06800 Ankara. E-posta: fykilinc@yahoo.com

Giriş

Konfluen ve retiküle papillomatoz (KRP), ilk kez Gougerot ve Carteaud tarafından 1927'de tanımlanmıştır. Üzeri hafif kepekli, birleşmeye meyilli, retiküler, kırmızı kahverengi papül ve plaklarla karakterizedir. Lezyonlar interskapular, epigastrik ve intermammaryal bölgede lokalizedir [1]. Patofizyolojisi hala açıklanamamıştır. Genellikle tedaviye dirençlidir, rekürrens sıktır [2, 3]. Çeşitli topikal ve sistemik ajanların (antibiyotikler, vitamin D analogları, retinoidler, antifungaller) kullanıldığı hastalığın standart bir tedavisi yoktur [4].

Olgu 1

On sekiz yaşında kadın hasta 1,5 yıldır göğüs ve karın üzerinde mevcut olan kaşıntılı döküntü nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Uzun süre pitriyazis versikolor tanısı ile tedavi almış, ancak fayda görmemişti. Dermatolojik muayenede göğüs ön yüz, karın, intermammaryal bölge ve meme üzerinde üzeri hafif skuamlı, birleşmeye meyilli, pembe kahverengi makulopapüler lezyonları mevcuttu (Resim 1 ve 2). Tanı amacıyla alınan punch biyopsi sonucu KRP ile uyumlu idi. Hastaya 100 mg/gün doksisisiklin tedavisi başlandı. Altı haftalık tedavi sonucunda tüm lezyonlar tamamen geriledi.



Resim 1. Göğüs ön yüz ve karında eritemli retiküler makulopapüler lezyonlar.



Resim 2. Lezyonların daha yakından görünümü.

Olgu 2

Yirmi beş yaşında kadın hasta 13 yıldır göğüs ve intermammaryal bölgedeki kaşıntılı döküntü nedeniyle başvurdu. Yıllardır mantar olduğu söylenerek pitriyazis versikolor tedavisi verilmiş, ancak şikayetleri geçmemişti. Dermatolojik muayenede göğüs ve intermammaryal bölgede; üzerinde ince deskuamasyon izlenen, eritematöz kahverengimsi retiküler maküller mevcuttu (Resim 3). Alınan punch biyopsi sonucu KRP ile uyumlu idi. Hastaya verilen altı haftalık 100 mg/gün doksisisiklin tedavisi ile lezyonlar geriledi (Resim 4).



Resim 3. Göğüs ön yüz ve intermammaryal bölgedeki kahverengimsi eritematöz makuler lezyonlar.



Resim 4. Doksisisiklin tedavisi sonrası görünüm.

Tartışma

KRP, Gougerot-Carteaud sendromu, Gougerot ve Carteaud'un retiküler ve konfluen papillomatozu, retiküler papillomatoz olarak da bilinir [4, 5]. Daha çok kadınlarda ve koyu tenlilerde görülen, nadir rastlanan bir dermatozdur [2, 4]. Genellikle sporadiktir ancak familial olgular da bildirilmiştir [2, 6]. On-otuz beş yaşları arasında ortaya çıkabilen hastalık, çoğu kez pubertede başlar [1, 7]. Spontan remisyon ve eksaserbasyonlarla seyreder. Genelde asemptomatiktir, ama kaşıntılı da olabilir [2]. Klinik olarak 1-2 mm'lik eritematöz papüller şeklinde ortaya çıkar, zamanla lezyonlar büyüyebilir ve kahverengine dönebilir [7]. Erüpsiyon sıklıkla intermammaryal, epigastrik ve interskapuler bölgelerden başlar. Boyun, aksilla, pubik bölge, omuzlar hatta üst kol, antekübital ve popliteal fossa da etkilenebilir [1, 2]. Klasik olarak retiküler pigmentasyon paterni gözlenirken; boyun, aksilla, antekübital ve popliteal fossa gibi bölgelerde, difüz kadifemsi hiperpigmentasyon rapor edilmiştir [8]. Bizim olgularımızda lezyonlar göğüs ön yüz ve intermammaryal bölgede lokalize idi ve retiküler pigmentasyon paterni mevcuttu. Histopatolojik özellikleri çok karakteristik değildir [1]. Hiperkeratoz, akantoz, irregüler papillomatoz, hipogranüloz vardır. Bazal tabakada hiperpigmentasyon, fokal atrofi, papiller ödem ve dermiste mononükleer süperfisiyal perivasküler infiltrasyon gözlenebilir [1, 7]. KRP'nin etiyolojisi bilinmemektedir. Genetik faktörler, fotosensitivite, endokrin bozukluklar suçlanmaktadır. Keratinizasyon bozukluğu, pitriyosporum ovale ve diğer fungal ve bakteriyel mikroorganizmalara karşı

anormal doku cevabı gibi değişik teoriler ileri sürülmektedir [4, 9]. Kutanöz amiloidozisin bir varyasyonu olduğu da düşünülmektedir [5]. Öncelikle pitriyazis versikolorla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. İki hastamız da uzun süre pitriyazis versikolor tanısı ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca akantozis nigrikans, Darier hastalığı, kutanöz amiloidoz, prurigo pigmentosa, epidermal nevüs, Dowling-Degos hastalığı, iktiyozis, seboreik dermatit, ekzema ve parapsoriasis de akla gelmelidir [1, 2, 3, 9].

Çoğunlukla tedavide oral antibiyotikler (minosiklin, doksisisiklin, tetrasiklin, fusidik asit, klaritromisin, eritromisin, azitromisin, amoksisilin, cefdinir) tercih edilir [1, 4, 5, 7, 10]. Keratinizasyon bozukluğu düşünülen hastalıkta isotretinoin, asitretin ve etretinat da kullanılabilir [1, 5]. Topikal olarak retinoidler, selenyum sülfid, kalsipotriyol, 5-florourasil, hidrokinon, salisilik asit, üre, mupirocin, ketokonazol, tazaroten, takalsitol'e iyi yanıt alındığı bildirilmiştir. Radyoterapi, likit nitrojen, dermabrazyon, ultraviyole ışığı da denenebilir [1, 4, 7, 9]. Biz hastalarımızda 100mg/gün doksisisiklin tedavisi uyguladık, 6 hafta sonunda lezyonlar tamamen geriledi. Uzun süre pitriyazis versikolor tedavisi alan ve iyileşmeyen hastalarda ayırıcı tanının tekrar gözden geçirilmesi ve öncelikli olarak KRP'nin de düşünülmesi gerektiği görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Ferreira LM, Diniz LM, Ferreira CJ. Confluent and reticulated papillomatosis of Gougerot and Carteaud: report of three cases. *An Bras Dermatol* 2009; 84: 78-81.
2. Atasoy M, Aliğaoğlu C, Erdem T. A case of early onset confluent and reticulated papillomatosis with an unusual localization. *J Dermatol* 2006; 33: 273-7.
3. Treat JR, Barak OG, James WD. Nonpigmenting confluent and reticulated papillomatosis. *Pediatr Dermatol* 2006; 23: 497-9.
4. Carozzo AM, Gatti S, Ferranti G, Primavera G, Vidolin AP, Nini G. Calcipotriol treatment of confluent and reticulated papillomatosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 131-3.
5. Scheinfeld N. Confluent and reticulated papillomatosis: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 305-13.
6. Inalöz HS, Patel GK, Knight AG. Familial confluent and reticulated papillomatosis. *Arch Dermatol* 2002; 138: 276-7.
7. Sassolas B, Plantin P, Guillet G. Confluent and reticulated papillomatosis: treatment with minocycline. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 501-2.
8. Weigl LB, Beham A, Schnopp C, Möhrenschrager M, Abeck D. Confluent and reticulate papillomatosis. Successful therapy with azithromycin. *Hautarzt* 2001; 52: 947-9.
9. Gönül M, Çakmak SK, Soylu S, Kılıç A, Gül U, Ergül G. Successful treatment of confluent and reticulated papillomatosis with topical mupirocin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 1140-2.
10. Davis RF, Harman KE. Confluent and reticulated papillomatosis successfully treated with amoxicillin. *Br J Dermatol* 2007; 156: 583-4.