



Püstüler Psöriasis Olgusunda Vejetasyonlar Ve Lenfanjektazi

Başak Kandı*, Ersoy Hazneci*, Hale Kırmıoğlu**

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Malatya

**İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Malatya

Püstüler Psöriasis steril püstüller ile seyreden psöriasis grubu kronik bir dermatozdur. Lokalize ve jeneralize olmak üzere iki alt tipe ayrılır.

Olgu 26 yaşında erkek hasta; bir yıl önce kasık bölgesinde başlayan, bu süre içinde büyüyen deride kitle gelişimi mevcuttu. Olgunun vejetatif lezyonlarından yapılan histopatolojik inceleme sonucu, püstüler psöriasis ve lenfanjektazi ile uyumlu olarak saptandı. Bu makalede püstüler psöriasis olgusu ve nadir birlikteliği olan vejetasyonlar ve lenfanjektaziyi sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Püstüler Psöriasis, Vejetasyon, Lenfanjektazi

A Pustular Psoriasis Case With Vegetations And Lymphangiectasis

Pustular psoriasis is a type of chronic dermatosis which occurs either in localized or generalized form.

We describe here the clinical and pathological features of a pustular psoriasis case in a 26 year old man with one year history of slowly enlarging vegetations and lymphangiectasis on inguinal area which are rare accompaniment to the disease.

Key words: Pustular Psoriasis, Vegetation, Lymphangiectasis

Püstüler psöriasis, steril püstüller ile seyreden kronik bir dermatozdur. Jeneralize ve lokalize olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Jeneralize püstüler psöriasis; yaygın eritemli bir zeminde püstüller, periyodik ataklar halinde gelişen sistemik belirtiler ve yüksek ateş ile seyreden ağır bir psöriasis şeklidir. Lokalize form ise, özellikle avuç içi, ayak tabanı ve topuk kenarlarında eritemli zeminde steril püstüller ile seyreden kronik inatçı bir tablodur. Püstüler psöriasis tanısı histopatolojik olarak konulmaktadır.¹

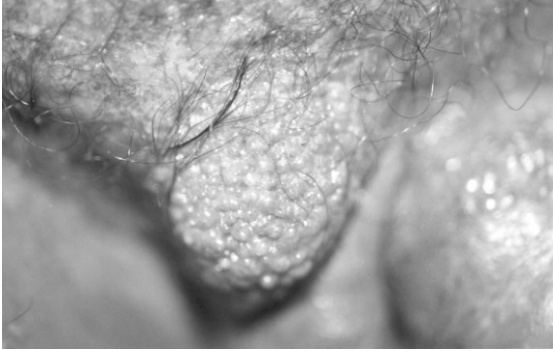
OLGU

YY, 26 yaşında erkek hasta. Vücudunda özellikle kasık ve koltuk altında sulantılı lezyonlar şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta şikayetlerinin yaklaşık 11 yıl önce başladığını ve o dönemde yapılan biyopsi sonucunda püstüller psöriasis tanısı konulduğunu belirtti. Olgumuzun son bir yıldır şikayetleri çok artmış, 6 ay önce kasıkların sulanma şikayeti ile birlikte pubis üzerinde mercimek büyüklüğünde bir kabarıklık oluşmuş. O dönemde bu bölgeden alınan biyopside lenfanjektazi tanısı konulmuş ve takibe alınmıştır. Hastanın son aylarda mevcut kitlesinde büyüme olmuş ve yeni kitleler oluşmuş. Olgumuzu ileri tetkik ve tedavi için servisimize yatırdık.

Olgumuzun özgeçmiş ve soygeçmişin de özellik yoktu. Sistemik muayenesi sağ inguinal bölgede 2x1 cm boyutunda hareketli lenfadenopati dışında doğaldı.

Dermatolojik muayenede; pubisten başlayıp genital bölgeyi tamamen içine alan bilateral olarak üst femoral bölge medialine uzanan eritemli zeminde sağ inguinal bölgenin lateralinde 30x10 cm.lik mor renkli üzerinde 0.5x1 cm.lik mor papüller bulunan skuamli sınırları belirgin palpasyonda sert plak lezyon. Skrotum ve peniste yaygın ödem ve bu bölge cildinde parşömen görüntüsü izlendi. Sağ skrotum lateralinde 10x10 cm.lik mor canlı eritemli sınırları belirgin karnabahar görünümünde üzerinde beyaz seröz akıntısı bulunan tümoral kitle (Şekil 1). Benzer şekilde 5x2 cm ebatlarında üzeri ve etrafı masere olan lezyon penis-skrotum alt bileşkesinde izlendi (Şekil 2). Ayrıca gluteal bölgede yaygın eritem sarı kurutlar skuamla ve perianal bölgede beyaz akıntı izlendi. Anal bölgenin yaklaşık 3 cm üzerinde bir adet fistül ağzı tesbit edildi. Perianal bölgede 20x5 cm ebatlarında eritemli üç parçadan oluşan karnabahar

Şekil 1. Sağ inguinal bölge üzerinde yer alan tümöral lenfanjektatik lezyon.



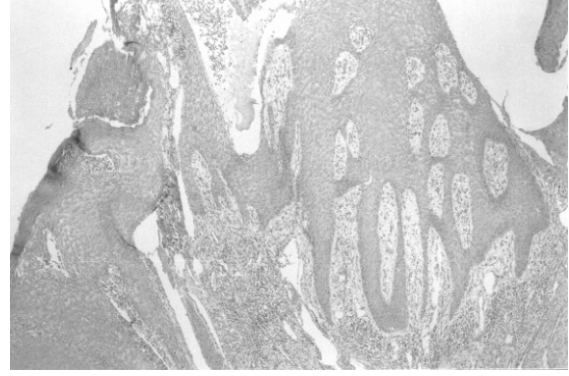
Şekil 2. Skrotum penis alt bölgesindeki vejetatif kitle.



görünümünde tümöral kitle izlendi. Bilateral olarak kulak arkasında, kulak kepeğinde canlı eritem, dış kulak yolunda skuamlar, sol dış kulak yolunda beyaz akıntı izlendi. Saçlı deride beyaz yapışık skuamlar mevcut. Boyunda, sol kulak arkasından klavikular bölgeye uzanan, epigastrik, sağ sternal bölge, lomber bölgede de izlenen 10-20 cm arasında değişen boyutlarda eritemli zeminde lameller skuamların izlendiği sınırları belirgin olmayan plak lezyonlar mevcut. Bilateral ekstremitelerde kserosis ve deskuamasyon izlendi. Bilateral aksiller bölgede gövde ve sırta yayılan canlı eritemli zeminde üzerinde lineer ve yaklaşık 10 cm.lik fissür bulunan, etrafında granülasyon dokusunun izlendiği plak lezyon mevcuttu. Oral mukozada kandida enfeksiyonu ile uyumlu beyaz plaklar izlendi. Bilateral el-ayak tırnaklarında sarı renk değişikliği, longitudinal çizgilenmeler, subungal hiperkeratoz ve disformizm izlendi.

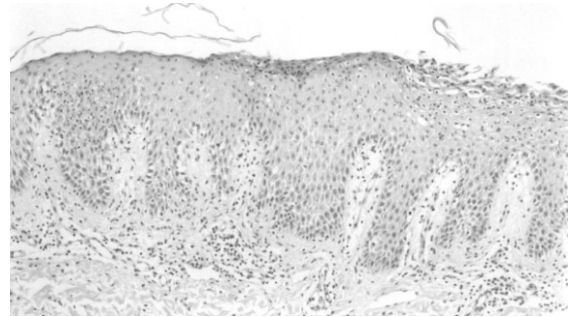
Akıntılı lezyonlardan alınan kültürlerde üreme olmadı. Hastanın pubis üzerinde, anal bölge ve penis altındaki lezyonları total eksizyon ile çıkarıldı.

Şekil 3. Likenoid hiperplazi, vasküler ektazi, plazmositlerden zengin perivasküler inflamasyon.



Histopatolojik incelemede: Koltuk altı biyopsisi; likenoid hiperplazi, perivasküler plazmositlerden zengin inflamasyon izlendi. Pubis üzerinden alınan vejetatif kitle biyopsisi; papillomatöz, vasküler ektazi, destrüktif follikulit, plazmositlerden zengin yoğun perivasküler inflamasyon, dermada fibrozis (Şekil 3), anal bölgeden alınan biyopsi; psöriasis ile uyumlu bulgular, penis altında bulunan vejetatif kitleden alınan biyopsi; erozyon, likenoid hiperplazi, dermide plazmositlerden zengin perivasküler inflamasyon, anal bölgede bulunan fistül ağzından alınan biyopsi; fistül yolu ile uyumlu bulgular, yabancı cisim granülasyonu dokusu, psöriasis ile uyumlu bulgular, plazmositlerden zengin perivasküler inflamasyon izlendi (Şekil 4). Olgumuz eksizyon yerlerinin iyileşmesinden sonra taburcu edildi.

Şekil 4. Psöriasisiform dermatit.



TARTIŞMA

Çeşitli hastalıklara sekonder vejetasyon ve lenfanjektazi gelişimi görülmektedir. Karnabahar görünümlü vejetasyonlarda dev verruka vulgaris,² kondiloma lata, granüloma inguinalis, lenfograduloma venerium, mikotik granülom, amebik granülomlar ve bromoderma³ ayırıcı tanıya girmektedir.^{1,4}

Püstüler Psöriasis Olgusunda Vejetasyonlar Ve Lenfanjektazi

Lenfanjektaziler ise genellikle sekonder bir nedene bağlı skar nedeniyle gözlenir.^{1,4,5} Olgumuzda bu lezyonları oluşturabilecek ayırıcı tanıya giren hastalıklar araştırıldı. Vejetasyon nedeni olabilecek bakteriyel ve mikotik enfeksiyon nedeni bulunamadı, yapılan kültür ve yayma sonuçları negatif olarak değerlendirildi, ayrıca VDRL, PCR ile HPV sonuçları da negatifti. Yapılan histopatolojik inceleme sonucu püstüler psöriasisle bağlı vejetasyon gelişimi olarak değerlendirildi. Pubis ve penis üzerinden alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesi psöriasis ile uyumlu olmakla birlikte, plasmositlerden zengin inflamasyon özellikle kondiloma lata açısından ayırıcı tanı yapılması gerektiğini düşündürdü. Olgumuz bu açıdan diğer laboratuvar tetkikleri ile değerlendirildi ve sonuçlar negatifti. Plasmositlerden zengin inflamasyon farklı bir ek hastalık ile açıklanamadı.

Lenfanjektazi tablosunu oluşturabilecek tekrarlayan erizipel atakları, travma, fibrozis oluşturabilecek ilaç uygulanması, ve benzer bir ek neden olmadığı için hastalığına sekonder gelişen lenfanjektazi yapısı olarak değerlendirildi. Yapılan biyopsi sonucu mevcut hastalığını destekledi.

Olgumuzun eksizyon sonrası takiplerinde yeni bir vejetatif kitle gelişimine rastlanmadı. Püstüler psöriasisde vejetasyon gelişiminin kronik inflamasyona bağlı olarak geliştiği düşünüldü. Lenfanjektazi gelişimi ile ilgili bir bilgiye yaptığımız taramalarda rastlamadık. Lenfanjektazi ve püstüler

psöriasis birlikteliğini tam olarak açıklayamadığımız için tesadüfi bir birliktelik olarak kabul etmekteyiz. Vejetasyon gelişiminin araştırdığımız bir kaynaktan püstüler psöriasisle bağlı gelişebilecek komplikasyonlar arasında olabileceği bildirilmiştir.⁶

Yaptığımız literatür taramalarda olgumuzun durumuna benzer bir yayına rastlamadık. Kronik inflamasyon ve sık tekrarlayan püstüler psöriasis alevlenmelerine sekonder vejetasyon ve lenfanjektazi gelişimini bu nedenle yayınlamayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis In: Freedberg Im, Eisen Az, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB, eds. Fitzpatrick's Dermatology in Medicine, 5. baskı. New York: McGraw-Hill Company, 1999: 495-521.
2. Odom RB, James WD, Berger TG: Psoriasis. Diseases of the Skin. 9'uncu baskı. Philadelphia, W.B.Saunders, 2000;218-235.
3. Doorbar J, Foo C, Coleman N, Medcalf L, Hartley O, Prospero T, Napthine S, Sterling J, Winter G, Griffin H. Characterization of events during the late stages of HPV16 infection in vivo using high-affinity synthetic Fabs to E4. Virology 1997 Nov 10;238(1):40-52.
4. Bel S, Bartralot R, Garcia D, Aparicio G, Castells A. Vegetant bromoderma in an Infant. Pediatr Dermatol 2001;18(4):336-8.
5. Rosso, R, Gianelli U, Carnevali, L. Acquired progressive lymphangioma of the skin following radiotherapy for breast carcinoma. Journal of Cutaneous Pathology 1995 ;22:164-167.
6. Camp ROR. Psoriasis In: Champton RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. Text Book of Dermatology, 6. baskı . Oxford Blackwell Science Ltd.,1998: 1633-1643.

Yazışma Adresi

Dr. Başak Kandı
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD
44069 Malatya
Tel :422 341 0660-3516