



DERLEME

Aksilla ve İnguinal Kıvrım Hastalıklarının Tedavisi

Dr. Emel Eşer*, Prof. Dr. Burhan Engin, Doç. Dr. Zekayi Kutlubay, Prof. Dr. Server Serdaroğlu

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma Adresi: Dr. Emel Eşer, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
E-posta: dremeleser@gmail.com

Özet

Aksilla ve İnguinal Kıvrım Hastalıklarının Tedavisi

Aksilla ve inguinal kıvrım başta inflamatuvar ve infeksiyöz hastalıklar olmak üzere, farklı klinik özellikte birçok dermatozun görülebildiği bölgelerdir. Günlük pratikte bu dermatozların tedavisinde topikal ve sistemik birçok farklı ajan kullanılmaktadır. Bu yazıda aksilla ve inguinal bölgede tutulum yapan hastalıkların tedavisinden bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: aksilla, dermatoz, inguinal, tedavi

Abstract

Treatment of Axillary and Inguinal Fold Diseases

Axillary and inguinal folds are areas where many dermatoses can be seen with different clinical features, mainly inflammatory and infectious diseases. In daily practice, many topical and systemic agents are used in the treatment of these dermatoses. This article will discuss the treatment of diseases that involve the axilla and the inguinal region.

Keywords: axilla, dermatosis, inguinal, treatment

Eşer E, Engin B, Kutlubay Z, Serdaroğlu S. Aksilla ve İnguinal Kıvrım Hastalıklarında Tedavisi *Dermatoz* 2019; 10 (1): dermatoz19101d1

Giriş

Aksilla ve inguinal kıvrım birçok farklı dermatozun görülebildiği intertrijöz bölgelerdir. Bakteri ve mantar infeksiyonları, inflamatuvar deri hastalıkları ve ilaç reaksiyonları başta olmak üzere ayırıcı tanıda geniş bir hastalık listesi akılda tutulmalıdır. Bu yazıda tipik olarak aksilla ve inguinal bölgede tutulum yapan hastalıklardan bahsedilecektir.

İnflamatuvar ve İnfeksiyöz Hastalıklar

İntertrigo

Aksilla, meme altı, inguinal ve intergluteal alan gibi iki deri yüzeyinin birbiri ile temas ettiği bölgelerde gelişen inflamatuvar durumdur (1). İntertrigolu hastalarda etkilenen alanların kuru ve serin tutulması (mümkünse banyo sonrası saç kurutma makinası ile de kurutma), bölgeyi irrite edecek deodorant vb. ajanlardan kaçınma, kıyafetlerin geniş, kuru ve ince olması önemlidir. Tedavide potasyum permanganat ile ıslak pansuman, kurşun subasetat, alüminyum

asetat içerikli majistral ilaçlar, talk pudra, çinko oksit içeren krem ve losyonlar, yerel steroidler ve antifungal ajanlar kullanılabilir.

Streptokokal İntertrigo

Klinik olarak net sınırlı canlı eritemli plaklar ve koku mevcuttur. Sıklıkla unilaterale olarak boyun, aksilla gibi intertrijöz bölgeler etkilenir. Klasik intertrigo tedavisi ve önlemlerinin yanı sıra topikal antibiyotikli kremler (mupirosin, fusidik asit gibi, günde iki kez) başlanmalıdır. Ayrıca komplikasyonları önlemek, nüksleri ve bulaşı azaltmak için sistemik antibiyotik de verilmelidir.

Sistemik antibiyotiklerden; amoksisilin/klavulanat erişkinlerde 2x625-1000 mg/gün, çocuklarda 25-45 mg/kg/gün (iki doza bölünmüş olarak) verilebilir. Sefuroksim ve sefalekssin gibi antibiyotikler de etkilidir. Penisilin alerjisi olan hastalarda makrolid grubu antibiyotikler (eritromisin, klindamisin gibi) verilebilir (2,3).

Fleksural Kandidiyazis

Periferinde ince skuamlanma ve satellit püstüller bulunan, eritemli, masere plaklarla seyreden yüzeysel mantar enfeksiyonudur. Lezyonlar kaşıntılı olup ağrılı fissürler eşlik eder (4). Özellikle obez ve diyabetik hastalarda, tipik olarak deri kıvrımlarında ortaya çıkar (5). İnfekte alanın kuru tutulması önemlidir. Klotrimazol, mikonazol ve nistatin gibi topikal azoller tedavide etkilidir. Ayrıca potasyum permanganat banyoları da faydalıdır. Profilaksi için çinko oksit içeren ajanlar da kullanılabilir.

Bebek Bezi Dermatiti

En sık sebebi idrar, dışkı teması ve sürtünmeye bağlı gelişen irritan kontakt dermatittir. Patogenezde eskiden suçlanan amonyak yerine son yıllarda alkali idrar pH'ı ve fekal bakterilerin rolü üzerinde durulmaktadır. Fekal bakteriler tarafından üretilen enzimler ve dışkıda bulunan proteaz ve lipazlar alkali ortamda aktifleşerek irritasyona neden olurlar. Fekal bakteriler tarafından üretilen üreaz enzimi idrar pH'ının daha da artmasına sebep olur. İnek sütünde anne sütüne kıyasla daha fazla üreaz üreten bakteri bulunması nedeniyle bebek bezi dermatiti inek sütüyle beslenen çocuklarda daha sıktır (6). Bebek bezi dermatiti olan hastaların altı daha sık değiştirilmelidir. Alt değiştirilirken sadece ılık su kullanılmalıdır ve bu hafif bir basınçla uygulanmalıdır. Deriyi tahriş etmemek için mendil kullanımı önerilmemektedir. Kuruduktan sonra, deriyi koruyucu (çinko oksit vb. içerikli) kremler kalın bir tabaka halinde sürülmelidir. Bu önlemler yetersizse %0,5-1 hidrokortizon içeren steroidler ve antifungaller uygulanabilir. Zayıf steroid ve antifungal içeren krem karışımların ince bir tabaka halinde uygulanıp üzerine çinko oksit içeren kremlerin kalın bir tabaka halinde uygulanması iyileşmeyi hızlandırır. Bu işlem her bez değişiminden sonra uygulanmalıdır (7-9).

Tinea Kruris

Tinea kruris inguinal bölge, pubis, perine ve bazen gluteal bölgeyi tutan dermatofit enfeksiyonudur. En önemli etkenleri Epidermophyton floccosum, Trichophyton rubrum ve Trichophyton mentagrophytes'tir. Erkeklerde daha sıktır.

Sıcak, nem, bölgenin ıslak kalması, aşırı terleme, sıkı giysiler, obezite kolaylaştırıcı faktörlerdir. Ortak kullanılan havlu ve çamaşırlarla bulaşabilir. Tinea pedis ve onikomikoz bu enfeksiyon için rezervuar rolü oynayabilir. Enfeksiyon kaynağı olan tinea pedis ve onikomikoz tedavi edilmelidir. Islak veya dar kıyafetler oluşumu arttırır.

Çoğu kez topikal tedavi tek başına yeterli olup, lezyon iyileştikten bir hafta sonrasına kadar veya dört hafta süreyle sürdürülür. Yaygın ve şiddetli olgularda terbinafin veya itrakonazol ile 1-2 hafta sistemik tedavi yapılır (10).

Eritrazma

Gram pozitif bir bakteri olan Corynebacterium minutissimum'un etken olduğu kıvrım yerlerinde yerleşen kronik seyirli bir enfeksiyondur. Normalde flora üyesi olan bu bakteri uygun koşullarda enfeksiyona neden olmaktadır (11).

Tedavide ilk seçenek eritromisindir (günde dört kez 250 mg, iki hafta süreyle) (12). Aksiller ve inguinal alanda yerleşenlerde eritromisin daha etkili iken, interdigital enfeksiyonlarda tetrasiklin ve fusidik asitle etkinlikleri aynıdır (13). Sistemik olarak tetrasiklin, klaritromisin, kloramfenikol de tedavi seçenekleri arasında yer alır. Antimikrobilyallere direnç gelişimi söz konusu olunca fotodinamik tedaviler denenebilir.

Hidradenitis Suppurativa

Hidradenitis süpurativa (akne inversa) rekürren nodül ve apseler, ilerleyen dönemlerde sinüs trakt ve sikatris formasyonu ile seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Aksilla, inguinal bölge ve perianal bölge en çok etkilenen alanlardır. Patogenez tam olarak bilinmese de foliküler oklüzyon suçlanmaktadır. Hastalık pubertede başlangıç gösterir. Kadınlarda erkeklere kıyasla iki ila beş kat daha sık gözlenir. Tanı klinik olarak konur. Klinik evreleme Hurley sınıflamasına göre yapılır. Evre 1'de sinüs traktları veya sikatris olmaksızın tek veya multipl apseler görülür. Evre 2'de birden fazla bölgede sinüs traktları ve sikatris oluşumunun eşlik ettiği rekürren apseler, evre 3'te ise etkilenen bölgenin tamamında multipl, birbiri ile bağlantılı traktlar ve apselerin varlığı söz konusudur (14,15).

Hidradenitis süpürativa tedavisi güçtür ve tedavi hastalık evresine göre değişir. Metabolik sendrom ve kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi, sigara anamnezinin sorgulanması, kilo kontrolü, mekanik stresin azaltılması tedavide önemlidir.

Belirgin sinus traktları ve sikatrizasyonu olmayan hastalığın erken evreleri uygun tedavi ve koruyucu önlemlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Hastalığın başlangıç aşamasında antiseptik bir solüsyonla günlük temizlik, topikal/sistemik antibiyotik tedavi, drene olmayan apselerde cerrahi insizyon ve drenaj yeterlidir.

Evre 2 ve 3'te sistemik izotretinoin (1 mg/kg/gün), sistemik kortikosteroid (60-80 mg/gün prednizon), sistemik ve topikal antibiyotikler, anti-TNF ajanlar, seçilmiş kadın hastalarda oral kontraseptifler/anti-androjenler (spironolakton, siproteron asetat), küretaj, elektrokoterizasyon, nüks eden odakların ekzizyonu gibi tedaviler düşünülebilir (16-18).

Tedavide farklı tipte lazerler kullanılabilir. Kıl foliküllerini yok etmek ve bakteriyel yükü azaltmak için IPL, Nd:YAG, Alexandrite, diod lazer; hastalıklı dokuyu hasarlandırmak için ise ablatif lazerler (özellikle de CO2 lazer) kullanılabilir (19).

Günümüzde hidradenitis süpürativada anti-TNF ajanlar başta olmak üzere pek çok biyolojik ajan kullanılmaktadır (20). Bunlar adalimumab (ilk doz 160 mg, iki hafta sonra 80 mg, iki hafta sonra 40 mg ve devamında haftada bir 40 mg), infliksimab (5 mg/kg; 0,2, 6.haftalarda ve daha sonra sekiz haftada bir), ustekinumab, sekukinumab, canakinumab, anakinra'dır. Etanersept plasebo ile aynı etkinlikte olduğu için, hidradenitis süpürativada kullanımı önerilmemektedir.

İnvers Psoriasis

İnvers psoriasis retrauriküler, aksiller, inframammarian, inguinal ve intergluteal alanların tutulumuyla karakterize bir rejyonel psoriasis varyantıdır. Psoriasisli hastaların %3-12'sinde görüldüğü bildirilmiştir. Klinik olarak çoğunlukla kaşıntının eşlik ettiği net sınırlı eritemli plaklarla seyrederek. Psoriasisin bu formunda skuam az veya yoktur (21,22). Bu nedenle tedavide keratolitik ajanların kullanımına gereksinim duyulmaz. Pimekrolimus krem ve takrolimus

pomad, topikal kortikosteroid, topikal kalsipotriol tedavide yeterli olmaktadır.

Granüler Parakeratoz

Granüler parakeratoz kırmızı kahverengi keratozik papüller ve bunların birleşmesi ile oluşan plaklarla seyreden nadir bir hastalıktır (23). Topikal steroid, topikal antifungal, antiseptik sabunlar, tretinoin, vitamin D analogları (kalsipotriol),

pimekrolimus krem ve takrolimus pomad ile yerel tedavi mümkündür. Dirençli vakalarda oral izotretinoin, oral antifungal ajanlar, oral antibiyoterapi, oral kortikosteroid, kriyoterapi, karbondioksit lazer, Er:Yag lazer kullanılabilir.

Granüler parakeratozda spontan remisyon da sıklıkla gözlemlenir. Doksorubisin/simvastatin gibi ajanlar tetikleyebilir ve tedavinin kesilmesi ile gerileme görülür. Literatürde dermatomiyozitle ilişkili vaka bildirilmiştir (24).

İnvers Liken Planus

Liken planusun intertrijnoz bölgeleri etkileyen varyantıdır. En sık aksilla ve inguinal bölgede eritemli veya violase renkli papül ve plaklarla seyrederek. Hiperpigmentasyon sıklıkla eşlik eder (25). Tedavide topikal ve intralezyonel steroid, pimekrolimus krem ve takrolimus pomad sıklıkla kullanılır. Dirençli vakalarda sistemik steroid, izotretinoin/asitretin, siklosporin, dapson, talidomid, azatioprin, mikofenolat mofetil, doksisisiklin, tetrasiklin, griseofulvin, itrakonazol, metronidazol kullanılabilir.

Pemfigus Vejetans

PPemfigus vulgarisin nadir bir varyantıdır. Tipik olarak aksilla, inguinal bölge, meme altı ve intergluteal alanda vejetatif plaklarla seyrederek. Günümüzde biraz tartışmalı da olsa klasik olarak Hallopeau ve Neumann olmak üzere iki subtipi vardır.

Klinik olarak Hallopeau tipi grube ve annuler püstüllerle, Neumann tipi ise bül ve erozyonlarla başlar. İlerleyen dönemde her iki subtipide de vejetatif lezyonlar oluşur (26,27).

Pemfigus vejetans tedavisine yaklaşım pemfigus vulgaris gibidir.

Sistemik kortikosteroid tedavisi (0,5-1,5 mg/kg/gün dozunda prednizon/prednizolon) ana tedavidir. Pemfigus başlangıç döneminde iki hafta içerisinde kontrol altına alınamaz ise prednizon/prednizolon dozunun yükseltilmesi (2 mg/kg/gün'e kadar) için tedavi tekrar gözden geçirilmelidir.

İlk seçenek adjuvanlar azatioprin ve mikofenolat mofetildir.

İkinci seçenek adjuvanlar ise rituksimab (Anti-CD20 monoklonal antikor, 2x1 gr intravenöz, iki hafta arayla veya 4x375 mg/m², bir hafta arayla), İVİG (2 gr/kg/ay, dört hafta arayla), siklofosfamid (500 mg intravenöz bolus veya oral 2 mg/kg/gün dozunda), metotreksat (10-20 mg/hafta), dapson (100 mg/gün)'dur (28).

İlaç Reaksiyonları

(Baboon Sendromu/kemoterapinin toksik eritemi)

Baboon sendromu ve kemoterapinin toksik eritemi kıvrım bölgelerinde görülen iki farklı ilaç erupsiyonu olmasına rağmen tedavide yaklaşım benzerdir. Mümkünse şüpheli ilaç kesilmelidir. Topikal kortikosteroidler ve sistemik antihistaminikler ile tedaviye başlanmalı, özellikle vezikülasyonun eşlik ettiği durumlarda ıslak pansuman yapılmalıdır. Tedaviye dirençli veya yaygın hastalıkta sistemik kortikosteroidler kullanılabilir (29).

Genodermatozlar

Darier Hastalığı

Darier hastalığı deri, mukozal membranlar ve tırnakları etkileyen otozomal dominant kalıtımla geçen bir genodermatozdur. Seboreik bölgelerde ve kıvrım yerlerinde, krutlu, hiperkeratotik, sarı-kahverengi papül ve plaklarla karakterize klinik görünümü vardır (30,31). Yerel tedavide yumuşatıcılar iritasyonu azaltmak amacı ile kullanılabilir. Hastalar güneş ışınlarından korunmalı ve bu konuda bilgilendirilmelidir. Retinoidlerden izotretinoin yerel olarak kullanıldığında oldukça etkilidir; ancak yan etkilere ol-

dukça sık rastlanır. Tazaroten ve adapalenin daha iyi tolere edildiği bilinmektedir (32). Steroidler genellikle retinoidlere bağlı iritasyonu kontrol etmek için kullanılırlar. Fotodinamik tedavi (5-aminolevulinik asit ile) sonrasında 2-3 hafta sonra düzelme başlar, 6 ay-3 yıl arasında lezyonlar tekrarlayabilir (33). Ablatif lazerler (Karbon dioksit lazer, Er:Yag lazer) tedavide denenebilir.

Sistemik tedavide başlıca retinoidler kullanılmaktadır. Retinoidler ile hiperkeratoz azalmakta ve yağlı papüller düzelmektedir. Şiddetli ve yaygın hastalıkta tercih edilirler. Bu ilaçlar ile hastaların %90'ından fazlasında düzelme görülür (34).

İzotretinoin 1-2 mg/kg/gün ve asitretin 0.5 mg/kg/gün dozlarında kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir.

Hailey-Hailey Hastalığı

Benign familial pemfigus olarak da bilinen, kıvrım yerlerinde kronik tekrarlayıcı veziküller, erozyon ve fissürlerle karakterize nadir görülen otozomal dominant geçişli bir genodermatozdur. Klinik olarak özellikle aksilla ve inguinal bölgede eritemli zeminde küçük, gevşek veziküller görülmektedir. Kronik, ıslak ve kötü kokulu vejetasyonlar sikatrize yol açmadan postlezyonel pigmentasyonla iyileşirler (35,36). Terleme, obezite, UV ışınları, infeksiyonlar (bakteriyel, viral ve fungal), fiziksel travma, gebelik, menstruasyon ve diğer dermatozlar hastalığı tetikleyebilir (37).

Yerel ve intralezyonel kortikosteroidler en sık kullanılan topikal tedavi ajanlarıdır. Özellikle orta/güçlü preparatlar tercih edilir. Yerel tedavide kullanılan diğer ajanlar yerel antibiyotik (klindamisin, fusidik asit) ve antifungal ajanlar, yerel kalsinörin inhibitörleri, kalsipotriol, 5-fluorourasildir (3 ay süreyle haftada üç kez, sonrasında üç ay süreyle haftada bir kez) ve imikimod (bir ay süreyle haftada üç kez) (38).

Sistemik antibiyotikler en sık tercih edilen ajanlardır. Tetrasiklin türevi preparatların başlangıçta 2 gr/gün dozunda başlanıp, daha sonra 500 mg/gün idame doz şeklinde kullanımı önerilmektedir. Doksisisiklin 2x100 mg/gün şeklinde kullanılabilir.

Oral retinoidlerin, etkisini epidermal diferansiyasyon ve derideki kalsiyum dengesi üzerinden gösterdiği düşünülmektedir. Sistemik steroidler, şiddetli Hailey-Hailey hastalarında kullanılabilen bir seçenek olup, kullanımı hastalığın seyrini kısaltmakta fakat ilacın kesilmesi ile hızla nüks görülmektedir (39).

Siklosporin, 2,8-3,4 mg/kg/gün doz aralığında altı ay süre ile önerilmektedir. İlacın kesilmesi ile lezyonlarda artış olabilir (40). Metotreksat, 15 mg/hf dozunda kullanılabilir.

Dapson, Hailey-Hailey hastalığı tedavisinde tek başına veya topikal steroid veya antibiyotikler ile kombine edilebilir (41).

GnRH agonistlerinin menstruasyon ve gebeliğin hastalığı aktive eden unsurlar olmasından yola çıkarak etkisini hormonal faktörler üzerinden gösterdiği düşünülmektedir.

Pulse-dye lazer ile yapılan yedi hastalık bir çalışmada altı hastada lezyonlarda gerileme olduğu bildirilmiştir (42).

5-aminolevulinik asit ile yapılan fotodinamik tedavide iki hastada iki hafta sonunda tam remisyona görülmüştür (43). Botulinum toksini ile tedavi edilen hastalarda Hailey-Hailey hastalığında tetikleyici bir faktör olan terleme ortadan kalkmakta, böylece lezyon çıkışı azalmaktadır. Eksizyon ve greftleme, karbondioksit lazer, kriyoterapi yöntemleri de lokalize dirençli lezyonlarda denenebilir.

Diğer Durumlar Akantozis Nigrikans

Akantozis nigrikans sıklıkla aksilla ve boyunda yerleşen kadifemsi görünümde hiperpigmente plaklar ile karakterizedir. İnguinal bölge, inframammarian bölge, parmakların dorsal yüzü, areola, oral mukoza etkilenen diğer alanlar arasındadır (44).

Akantozis nigrikanslı hastalarda birinci seçenek altta yatan nedenin tedavi edilmesidir. Endokrinopatiler (hipotiroidi, akromegali, Cushing hastalığı, Addison hastalığı...), ilaçlar (nikotinamid, kortikosteroidler, dietilstilbestrol, oral kontraseptifler, fenitoin...), insülin direnci (tedaviye metformin eklenebilir) ve maligniteler (en sık adenokanserler, en sık mide kan-

seri) akantozis nigrikansda başlıca tetikleyici faktörlerdir.

İç organ neoplazisi kontrol altındaki hastalarda akantozis nigrikansın tekrarlaması, tümörün nüks ettiğinin göstergesi olabilir.

İkinci seçenek ajanlar arasında yerel ve sistemik retinoidler, yerel kalsipotriol (keratinositlerin proliferasyonunu inhibe eder ve farklılaşmayı artırır, hiperkeratozik ve papillomatöz deri değişikliklerini belirgin oranda azaltır) ve salisilik asit gibi keratolitik ajanlar sayılabilir (45-47).

Kaynaklar

1. Kalra MG, Higgins KE, Kinney BS. Intertrigo and secondary skin infections. *Am Fam Physician* 2014; 7: 569-573.
2. Chiriac A, Murgu A, Coroş MF, Naznean A, Podoleanu C, Stolnicu S. Intertrigo Caused by *Streptococcus pyogenes*. *J Pediatr* 2017; 184: 230-231.
3. Neri I, Bassi A, Patrizi A. Streptococcal intertrigo. *J Pediatr* 2015; 166: 1318.
4. Metin A, Dilek N, Demirseven DD. Fungal infections of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol* 2015; 33: 437-447.
5. Fungal diseases. Elewski BE, Hughey LC, Sobera JO, Hay R. 1251-1284.
6. Šikić Pogačar M, Maver U, Marčun Varda N, Mičetić-Turk D. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. *Int J Dermatol* 2017; 6:
7. Larralde M, Raspa ML, Silva H ve ark. Diaper dermatitis: a new clinical feature. *Pediatr Dermatol* 2001;18:167-168.
8. Atherton DJ. A review of the pathophysiology, prevention and treatment of irritant diaper dermatitis. *Curr Med Res Opin* 2004; 20:645-649.
9. Nield LS, Kamat D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. *Clin Pediatr* 2007;46:480-486.
10. Derinin mantar hastalıkları Yalçın Tüzün, Server Serdaroğlu *Dermatoloji* 341-382.
11. Bakteriye Deri Hastalıkları Sibel Alper *Dermatoloji* 383-432.
12. Carter EL. Antibiotics in cutaneous medicine: an update. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22: 196-211.
13. Blaise G, Nikkels AF, Hermanns-Le T, Nikkels-Tassoudji N, Pierard GE. *Corynebacterium*-associated skin infections. *Int J Dermatol* 2008; 47: 884-890.
14. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 539-561.
15. Wiseman MC. Hidradenitis suppurativa: a review. *Dermatol Ther*. 2004; 17: 50-54.

16. Lee RA, Yoon A, Kist J. Hidradenitis suppurativa: an update. *Adv Dermatol* 2007; 23: 289-306.
17. Shah N. Hidradenitis suppurativa: A Treatment Challenge. *Am Fam Phys* 2005; 72: 1547-1552.
18. Revuz J. Medical treatments of hidradenitis suppurativa: a new paradigm. *Dermatology* 2007; 215: 95-96.
19. Natarajan K, Srinivas CR, Thomas M, Aruchamy M, Kumar SR. Hidradenitis suppurativa treated with carbon dioxide laser followed by split skin thickness graft. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014; 80: 376-378.
20. Brunasso AMG, Delfino C, Massone C. Hidradenitis suppurativa: are tumour necrosis factor-alpha blockers the ultimate alternative? *Br J Dermatol* 2008; 159: 761-763.
21. Van de Kerkhof PC, Murphy GM, Austad J, Ljungberg A, Cambazard F, Duvold LB. Psoriasis of the face and flexures. *J Dermatolog Treat* 2007; 18: 351-360.
22. Wilmer EN, Hatch RL. Resistant "candidal intertrigo" could inverse psoriasis be the true culprit? *J Am Board Fam Med.* 2013; 26: 211-214.
23. Ding CY, Liu H, Khachemoune A. Granular Parakeratosis: A Comprehensive Review and a Critical Reappraisal. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16: 495-500.
24. Pock L, Hercogová J. Incidental granular parakeratosis associated with dermatomyositis. *Am J Dermatopathol.* 2006; 28: 147-149.
25. Weston G, Payette M. Update on lichen planus and its clinical variants. *Int J Womens Dermatol* 2015; 1: 140-149.
26. Salah LA. Vegetating inguinal and perianal lesions: a quiz. Pemphigus vegetans, Hallopeau type. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 507-508.
27. Ruocco V, Ruocco E, Caccavale S, Gambardella A, Lo Schiavo A. Pemphigus vegetans of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol* 2015; 33: 471-476.
28. Hertl M, Jedlickova H, Karpati S, ve ark. Pemphigus. S2 Guideline for diagnosis and treatment--guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 405-414.
29. Oehler E, Eftkari-Hassanlouie S, Le Guern A. Baboon syndrome. *Rev Prat* 2014; 64: 1348.
30. Engin B, Kutlubay Z, Erkan E, Tüzün Y. Darier disease: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol* 2015; 33: 448-451.
31. Takagi A, Kamijo M, Ikeda S. Darier disease. *J Dermatol* 2016; 43: 275-279.
32. Casals M, Campony A, Aspiolea F ve ark. Successful treatment of linear Darier's disease with topical adapalene. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 237-238.
33. Exadaktylou D, Kurwa HA, Calonje E, Barlow RJ. Treatment of Darier of Darier's disease with photodynamic therapy. *BR J Dermatol* 2003; 149: 606-610.
34. Cooper SM, Burge SM. Darier's disease: Epidermiology, pathophysiology, and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 97-105.
35. Engin B, Kutlubay Z, Çelik U, Serdaroğlu S, Tüzün Y. Hailey-Hailey disease: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol. Dermatol* 2015; 33: 452-455.
36. Tomaszewska KA, Gerlicz-Kowalczyk Z, Kregiel M, Noweta M, Płuzańska-Srebrzyńska K, Żuchowska A. The coexistence of Darier's disease and Hailey-Hailey disease symptoms. *Postepy Dermatol Alergol* 2017; 34: 180-183.
37. Erkin G. Hailey-Hailey Hastalığı. *Türkiye Klinikleri* 2008; 1: 12-15.
38. Damark A, Camus M, Anfantakis J, Guillet G. Successful treatment of Hailey-Hailey disease with topical 5-fluorouracil. *Br J Dermatol* 2009; 161: 967-968.
39. Hunt MJ, Salisbury EL, Painter DM, Lee S. Vesiculobullous Hailey-Hailey disease: successful treatment with oral retinoids. *Australas J Dermatol* 1996; 37: 196-198.
40. Berth-Jones J, Smith SG, Graham-Brown RA. Benign familial chronic pemphigus (Hailey-Hailey disease) responds to cyclosporin. *Clin Exp Dermatol* 1995; 20: 70-72.
41. Sire DJ, Johnson BL. Benign familial chronic pemphigus treated with dapsone. *Arch Dermatol* 1971; 103: 262-265.
42. Hunt KM, Jensen JD, Walsh SB, ve ark. Successful treatment of refractory Hailey-Hailey disease with a 595-nm pulsed dye laser: a series of 7 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2015; 72: 735-737.
43. Ruiz-Rodriguez R, Alvarez JG, Jaén P, Acevedo A, Córdoba S. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid for recalcitrant familial benign pemphigus (Hailey-Hailey disease) *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 740-742.
44. Kutlubay Z, Engin B, Bairamov O, Tüzün Y. Acanthosis nigricans: A fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol* 2015; 33: 466-470.
45. Hidalgo LG. Dermatological complications of obesity. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 497-506.
46. Özdemir M, Toy H, Mevlitoğlu İ, Demirkesen C. Generalized idiopathic acanthosis nigricans treated with acitretin. *J Dermatol Treated* 2006; 17: 54-56.
47. Gregoriou S, Anfantakis V, Kontoleon P ve ark. Acanthosis nigricans associated with primary hypogonadism: Successful treatment with topical calcipotriol. *J Dermatol* 2008; 19: 373-375.