



Nativ İnceleme ile Tanı Konulan Üç Farklı Demodikozis Olgusu

Uzm. Dr. Birgül Tepe

¹Serbest Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı, Ankara

Yazışma Adresi: Dr. Birgül Tepe, Bademlidere mah. 259.sok. No:14 Çankaya/Ankara
E-posta: birgul_tp@hotmail.com

Özet

Nativ İnceleme ile Tanı Konulan Üç Farklı Demodikozis Olgusu

Demodex akarı, insan derisinin en yaygın ektoparazitidir. Genel popülasyonda yaygınlığı yaş ile artar. Demodex varlığını ve yoğunluğunu kontrol eden faktörler, henüz bilinmemektedir. Akar çoğaldığı zaman patojenik bir rol kazanabilir, böylece tipik ve/veya atipik demodikozise yol açabilir. Tanıda sıklıkla standart deri yüzeysel biyopsi yöntemi kullanılır. Burada demodikozisli üç farklı vaka sunduk. Demodikozis tanısı potasyum hidroksit incelemeyle dayanılarak yapıldı. Olgularımızın demodikozise olan farkındalığı arttıracığını düşünüyoruz..

Anahtar Kelimeler: Demodex folliculorum, demodikozis, akar, potasyum hidroksit.

Abstract

Three Different Cases of Demodicosis Diagnosed by the Native Examination

Demodex mite is the most common ectoparasite of human skin. Its prevalence increases with age in general population. Factors controlling the presence and density of Demodex are still unknown. The mite can have a pathogenic role when it proliferates, thus it may cause to typical and/or atypical demodicosis. A standardized skin surface biopsy are frequently used for the diagnosis. Here, we present three different cases with demodicosis. Diagnosis was made based on positive potassium hydroxide (KOH) examination. We think that our cases will help increase awareness to demodicosis.

Keywords: Demodex folliculorum, demodicosis, mite, potassium hydroxide.

Giriş

Demodex akarı, kıl follikülleri ve sebace glandlarda yaşayan, gıda olarak sebum ve folliküler hücreleri kullanan, asemptomatik, saprofitik bir ektoparazitir. İnsanlarda Demodex folliculorum (DF) ve Demodex brevis (DB) olmak üzere iki tür tanımlanmıştır. DF, DB'den daha yaygındır ve çoğunlukla kıl folliküllerinin infundibular kısmına yerleşirken; DB daha derin olan sebace gland ve duktuslar içerisinde yaşar (1,2). Sayıları arttığında veya dermis içine ulaştıklarında patojen olabilirler (1-3). Demodikozis, bu akarlarının sebep olduğu kutanöz hastalıklar için kullanılan bir terimdir. Pitriyazis follikulorum (PF), rozase-benzeri demodikozis (RBD) ve demodikozis gravis olmak üzere üç klinik formu bulunur (1,3). Literatürde primer ve sekonder demodikozis olarak sınıflandırılmış farklı klinik formları da tanımlanmıştır (4). Tanı amaçlı kullanı-

lan birçok yöntem olmakla birlikte, çoğunlukla standart yüzeysel deri biyopsi metodu tercih edilmektedir (1,4).

Burada klinik pratikte oldukça sık kullandığımız potasyum hidroksit (KOH) ile direkt mikroskopik inceleme sonucu, demodikozis tanısı konulan üç farklı olgu sunulmuştur. Olgularımızı hem demodikozise farkındalığı arttırmak, hem de KOH ile direkt bakanın önemini vurgulamak için yayınlamayı uygun gördük.

Olgu 1

Yirmi yaşındaki bir bayan hasta kliniğimize yüzünde yaklaşık yedi aydır devam eden yanma, kaşıntı ve sivilce şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde yüz kaşıntısı nedeniyle iki yıldır düzensiz topikal mometazon furoat kullandığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde; tüm yüzde dağınık yerleşimli kırmızı eritemli papüller ile özellikle göz çevresi ve çenede daha belirgin olmak üzere soluk eritemli zeminde ince sku-

amlar izlendi. Tam kan ve biyokimyasal tetkiklerde bir patolojiye rastlanmadı. Yüzdeki skuamlardan alınan kazıntı örneğinin %20 KOH ile yapılan direkt nativ incelemede 10 adet Demodex akarı görüldü. Steroide sekonder kronik demodikozis tanısı konulan hastaya topikal metronidazol tedavisi başlandı. İki hafta sonraki kontrolde lezyonların gerilediği gözlemlendi.

Olgu 2

Kırk yaşındaki bir bayan hasta kliniğimizde yüzünde yaklaşık iki yıldır mevcut olan kaşıntı ve kuruluk şikayeti ile değerlendirildi. Özgeçmişinde diyabet, gastrit ve B12 eksikliği bulunan hasta, şikayetlerinin kansızlık nedeniyle aldığı kan transfüzyonu sonucu başladığını belirtti. Dermatolojik muayenesinde; yüzde yanak ve mandibuler bölgelerde palpasyonda zımpara kağıdına benzer belirgin folliküler skuamlar izlendi. Tam kan, sedimentasyon, demir, ferritin, B12, folat düzeyleri ve biyokimyasal tetkiklerinde bir patolojiye rastlanmadı. KOH ile yapılan direkt nativ incelemede sekiz adet Demodex akarına rastlanıldı. PF tanısı ile topikal metronidazol tedavisi başlanan hastanın tüm şikayetleri düzeldi.

Olgu 3

Otuz yedi yaşındaki bir bayan hasta kliniğimize yüzünde giderek artan kızarıklık, kaşıntı ve siville şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerinin üç ay önce kansızlık nedeniyle aldığı kan transfüzyonu sonrasında başladığını belirtti. Hikayesinde sıcak basması ve güneş hassasiyeti yoktu. Dermatolojik muayenesinde; yanaklarda ve burun sırtında kelebek kanadı şeklinde, sınırları belirgin, düzensiz kenarlı, kırmızı eritemli papülopüstüler plak lezyonlar ile yer yer yanaklarda ince skuamlar izlendi, telenjektazi görülmedi. Tam kan, sedimentasyon, demir, ferritin, B12, folat düzeyleri ve biyokimyasal tetkiklerde bir patolojiye rastlanmadı. KOH ile yapılan direkt nativ incelemede 15 adet Demodex akarına rastlanıldı. RBD tanıyla hastaya oral metronidazol ve topikal sodyum sülfasetamid tedavileri verildi. İki hafta sonraki

kontrolde lezyonlarının büyük oranda gerilediği gözlemlendi. (Resim 1) 'de sırasıyla olgulara ait klinik görünüm ve (Resim 2) 'de ise KOH ile nativ incelemede Demodex akarına ait görünüm verilmiştir.

Tartışma

PDemodex akarı, genellikle sebese bezlerin fazla olduğu burun, yanak, alın, çene, ağız ve göz çevresi gibi bölgelere yerleşir. Ancak saçlı deri, dış kulak yolu, göğüs ve genital bölgede de görülebilir (5,6). Deride enfekte kişiden direkt veya havlu, tarak, sünger, çarşaf gibi kontamine eşyalarla temas aracılığıyla kolonize olur (6). Sağlıklı deride görülme sıklığı yaş ile artar, yaşlılarda %100'e ulaşır (1,3,5). Akarın yaşam süresi 14-18 gündür. Konak dışında yaşayamaz. Işıktan sakınır ve pilosebace ünitten gece çıkar. Deri yüzeyinde çiftleşecek bir partner bulana kadar, saatte 16 mm hızda göç eder (5). Dişi akar, bir kıl follikülü içine 20-24 yumurta bırakır. Yumurtadan çıkan larvalar, follikül içinde konağa zarar vermeden yaşamaya devam eder (7). Kuruluk gibi çevresel şartlarda 36 saat içinde ölürlür (6). Akarın patojenitesinin saptanmasında cm²'deki akar yoğunluğu önemlidir. Enfekte fakat asemptomatik insanlarda DF yoğunluğu, normalde 5/cm²'den azdır (1-3,5). Olgularımızın hepsinde nativ incelemede beşin üzerinde akar tespit edildi.

Rozase ve demodikozis gibi deri hastalıkları ile Demodex akarı arasındaki nedensel ilişki tartışmalı bir konudur (2-5). Akarların sayısında artışa yol açan immün yetmezlik ya da akara karşı derinin anormal immünolojik reaksiyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Ayrıca patogeneizde DF gibi folliküler kö-



Resim 1. Sırasıyla olgu 1, 2 ve 3'ün klinik görünümü.



Resim 2. %20'lik KOH ile nativ incelemede iki adet Demodex akarı (x40).

kenli antijenler tarafından tetiklenen gecikmiş tip 4 hipersensitivite reaksiyonu sorumlu tutulmaktadır (2,5). Akar tarafından kıl folliküllerinin ve sebace kanallarının tıkanması, akarın kitin iskeletine karşı gelişen yabancı cisim reaksiyonu, akar ve salgıladıkları ürünlere karşı konağın humoral ve hücre aracılı immun sisteminin uyarılması ve Bacillus oleronius gibi bakteriler için bir vektör olmaları gibi hipotezler de ileri sürülmektedir (1-3,5). Bununla birlikte DF; rozase, blefarit ve püstüler follikülit için nedensel bir ajan olarak kabul görmüştür (2,5,7). Olgularımızın hiçbirinde immun yetmezlik yoktu, ancak ilginç olarak iki olgumuz lezyonların kan transfüzyonu sonrası geliştiğini belirtmişti. Kan nakli ile akara ait hipersensitivite tetiklenmiş olabilir. Dolayısıyla akarla enfekte olup, enfestasyon gözlenmeyen kişilerde; akar popülasyonunu sınırlayan lokal ve sistemik faktörlerin varlığı kaçınılmazdır (2,5).

Demodex enfestasyonlarının insanlardaki iki klinik formu olan PF ve RBD, ilk kez 1930 yılında Ayres tarafından tanımlanmıştır (1,3). PF, soluk fasiyal eritem ve zımpara kağıdına benzer skuamalar ile karakterizedir ve öncelikle kadınları etkiler (1). Bu hastalar dermatologlara kaşıntılı, hassas ve kuru deri şikayeti ile başvururlar (2,5). Hikayede sık yıkama ve yoğun krem uygulama, tanıyı doğrulamada yardımcıdır (1). Kliniğimize yüzde kaşıntı ve kuruluk şikayeti ile baş-

vuran olgu 2'ye de, klinik ve nativ inceleme bulgularına dayanılarak PF tanısı konuldu. RBD, klinik olarak rozaseye benzer. Yanak, perioral bölge ve burun sırtında eritemli, skuamlı papülopüstüler lezyonlar ile karakterizedir. Lezyonlar yüzeysel, skuamalar ise follikülerdir. Ani olarak başlar ve hızla ilerler. Flushing, kalıcı eritem, fotosensitivite ve telenjektazi öyküsü yoktur (1). Akar miktarı boldur (5). RBD tanısı konulan olgu 3'te de lezyonlar, literatürle uyumlu olarak aniden başlamış ve giderek artmıştı. Sıcak basması, telenjektazi ve güneş hassasiyeti yoktu. Mikroskopik incelemede de diğer olgulardan farklı olarak, lamel alanı içerisinde gruplar halinde 15 tane akar sayıldı. Klinik olarak şiddetli granülo-matöz rozaseye benzeyen DG ise, akar kalıntıları içeren dermal granülomlar ile karakterizedir (1,3).

Demodikozis, primer ve sekonder olarak da sınıflandırılabilir. Primer demodikozis, önceden veya eşzamanlı dermatozun olmaması, aktif lezyonda artmış akar kolonizasyonu, topikal veya sistemik akarısit tedavi sonrası düzelme olarak tanımlanabilir. Geç başlangıç, perioral-periorbital-periaurikular tutulum, asimetrik dağılım, aktif lezyon kenarında satellit lezyon varlığı, lezyonların asemptomatik veya hafif kaşıntılı olması klinik özellikler arasında sayılabilir. Sekonder demodikozis ise, sistemik veya dermatolojik hastalığı olanlarda akar sayısının anormal artışı ile ilişkili deri lezyonlarıdır. Erken başlangıçlıdır ve lezyonlar daha diffüz ve inflamatuvar özelliktedir. Fototerapi, topikal steroid veya kalsinörin inhibitör tedavilerine bağlı da gelişebilir (4). Aytekin ve arkadaşları (8), psoriasis nedeniyle fototerapi verilen bir hastada Demodex follikülüti geliştiğini bildirmiştir. Karıncaoğlu ve arkadaşları (9) da; uzun süreli topikal steroid kullanımına bağlı zona benzeri klinik görünümüne sahip bir olgu sunmuştur. Olgu 1'de de düzensiz aralıklarla uzun süreli topikal steroid kullanım öyküsü mevcuttu. Olgumuza klinik ve nativ inceleme ile steroide sekonder demodikozis tanısı konuldu. Topikal steroid, lokal immunsupresyon oluşturarak DF'un sayısını arttırmış olabilir. DF, çocuk ve ergenlerde nadirdir. Fakat lösemi veya HIV gibi bağışıklığın yetersiz olduğu durumlarda fırsatçı infeksiyonlara neden olabilmektedir (1). Heron ve arkadaşları (10), lösemi tanısıyla takip edilen

beş çocukta tedaviye dirençli Demodex follikülüti bildirmiştir.

Demodex akarı zorunlu bir parazit olduğu için, demodikozis tanısında ortaya bazı problemler çıkabilir. Bu nedenle tanıda, klinik semptomlar ve lezyonlarda artan sayıda Demodex varlığı göz önünde bulundurulmalıdır (5). Demodikozis tanısında KOH inceleme, deri biyopsisi ve daha sıklıkla standart yüzeyel deri biyopsisi kullanılır (3-5). Dermoskopi ve konfokal mikroskopi gibi yeni tanısal teknikler de kullanılmaktadır (4). Olgularımızın tümünde tanı, %20 KOH ile direkt mikroskopik incelemede, lamel alanı içerisindeki akar sayısı baz alınarak yapıldı ve tüm örneklerde akar sayısı beşin üzerindedir. Mikroskopik olarak DF, uzun bir arka segmente sahip iken; DB kısa bir arka segmente sahiptir. Ön segmentte dört çift kısa bacakları vardır (2,5,6).

Tedavide topikal metronidazol, salisilik asit, gama benzen heksaklorid, permetrin, krotamiton, benzil benzoat veya selenyum sülfid ile oral metronidazol veya ivermektin gibi çeşitli tedavi rejimleri kullanılmaktadır (1,3-7). Metronidazol, antiinflamatuvar ve antibakteriyel özellikte bir ajan olmakla birlikte; metabolitlerinin kendisinden 10 kat daha güçlü bir anti-akar olduğu saptanmıştır (1,3). Olgularımızda da topikal veya oral metronidazol tedavisine oldukça iyi yanıt alındı.

Sonuç olarak, DF hastanın yaşı ve immun durumu dışında yaşanan çevre ve hijyen koşullarına göre; rozase, seboeik dermatit, atopik dermatit, blefarit gibi bazı dermatolojik hastalıkları alevlendirebil-

mekte veya nadiren demodikozise neden olmaktadır. DF, teknik ekipman ve/veya zaman gerektiren tanısal yöntemlere başvurmadan, klinik ortamında KOH ile direkt bakıda da kolayca görülebilmektedir.

Kaynaklar

1. Baima B, Sticherling M. Demodicidosis revisited. Acta Derm Venereol 2002; 82: 3-6.
2. Forton FMN. Papulopustular rosacea, skin immunity and Demodex: pityriasis folliculorum as a missing link. J Eur Acad Dermatol Venerol 2012; 26: 19-28.
3. Hsu C-K, Hsu M.M-L, Lee J.Y-Y. Demodicosis: A clinicopathological study. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 453-462.
4. Chen W, Plewig G. Human demodicosis: revisit and a proposed classification. Br J Dermatol 2014; 170: 1219-1225.
5. Jarmuda S, O'Reilly N, Paba R, Jakubowicz O, Szkaradkiewicz A, Kavanagh K. Potential role of Demodex mites and bacteria in the induction of rosacea. J Med Mic 2012; 61: 1504-1510.
6. Rusiecka-Ziolkowska J, Nokiell M, Fleischer M. Demodex- An old pathogen or a new one. Adv Clin Exp Med 2014; 23: 295-298.
7. Sanfilippo AM, English III JC. Resistant scalp folliculitis secondary to demodex infestation. Cutis 2005; 76: 321-324.
8. Aytakin S. Outbreak of demodex folliculitis on the face and upper trunk during 311-nm UVB therapy for psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venerol 2004; 18: 221-242.
9. Karıncaoglu Y, Tepe B, Kalayci B, Seyhan M. Pseudozoster clinical presentation of Demodex infestation after prolonged topical steroid use. Clin Exp Dermatol 2008; 33: 740-742.
10. Herron MD, O'Reilly MA, Vanderhooft SL. Refractory demodex folliculitis in five children with acute lymphoblastic leukemia. Pediatr Dermatol 2005; 22: 407-411.