



Ayşegül Turan,
Emel Bülbül Başkan*,
Hakan Turan**,*
Şaduman
Balaban Adım***,
Hayriye Sarıcaoğlu*

Topikal Kalsipotriol-Tretinoin Kombinasyonu ile Tedavi Edilen bir Konfluent ve Retiküler Papillomatoz Olgusu

A Case of Confluent and Reticulated Papillomatosis Treated with a Combination of Topical Calcipotriol and Tretinoin

Özet

Konfluent ve retiküler papillomatoz (KRP) ilk olarak Gougerot ve Carteaud tarafından tanımlanmış bir dermatozdur. Pityrosporum ovale'ye karşı anormal konak cevabı sonucu ortaya çıktığı veya bir keratinizasyon bozukluğu olduğu öne sürülmektedir. Klinik olarak seboreik bölgelerde, birleşme eğilimi gösteren, kahverengimsi hiperkeratotik, retiküler papül ve plaklardan oluşmaktadır. On altı yaşında bayan hasta üç yıldır devam eden boyun, gövde ön yüz ve sırt bölgesinde kaşıntılı kahverengi lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Klinik ve histopatolojik bulgular sonucunda KRP tanısı alan hasta topikal kalsipotriol ve tretinoin kombinasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Nadir görülen bu olgu vesilesiyle KRP kliniğinin ve tedavi seçeneklerinin literatür ışığında gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler: Kalsipotriol, konfluent ve retiküler papillomatoz, tretinoin

Abstract

Confluent and reticulated papillomatosis (CRP) is a dermatosis first described by Gougerot and Carteaud. It is proposed to occur as a result of abnormal host response to Pityrosporum ovale or to be a keratinization disorder. Clinically, brownish hyperkeratotic, reticular papules and plaques which tend to coalesce are seen on seborrheic areas. A 16-year-old female patient admitted to our outpatient clinic because of itchy brown spots on her neck, anterior trunk and the back region for three years. She was diagnosed as CRP due to the clinical and histopathological findings and was treated successfully with a combination of topical calcipotriol and tretinoin. We aimed to review the clinical findings and treatment options of CRP, a rare dermatosis, in the light of the literature on the occasion of this case.

Key words: Calcipotriol, confluent and reticulated papillomatosis, tretinoin

Atatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Bursa, Türkiye

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

**Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

***Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Hakan Turan
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye
Tel.: +90 380 542 13 90
E-posta: drhakanturan@gmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 03.07.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 16.12.2012

Giriş

Konfluent ve retiküler papillomatoz (KRP) ilk olarak 1927 yılında Gougerot ve Carteaud tarafından tanımlanmış, etiyopatogenezi net olarak bilinmeyen ve nadir görülen bir dermatozdur (1). Klinik olarak özellikle gövde üst yarısı, aksiller bölge ve boyun bölgesinde hiperkeratotik, hiperpigmente, birleşme eğilimi gösteren ve periferde retiküler bir patern oluşturan, genellikle asemptomatik papül ve plaklar ile karakterizedir. Başlıca histopatolojik özellikleri ise epidermiste değişen derecelerde hiperkeratoz, akantoz, papillomatoz ve bazal tabakada pigmentasyondur.

Bu bildiri klinik ve histopatolojik olarak KRP tanısı konulan ve topikal kalsipotriol-tretinoin kombinasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edilen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu

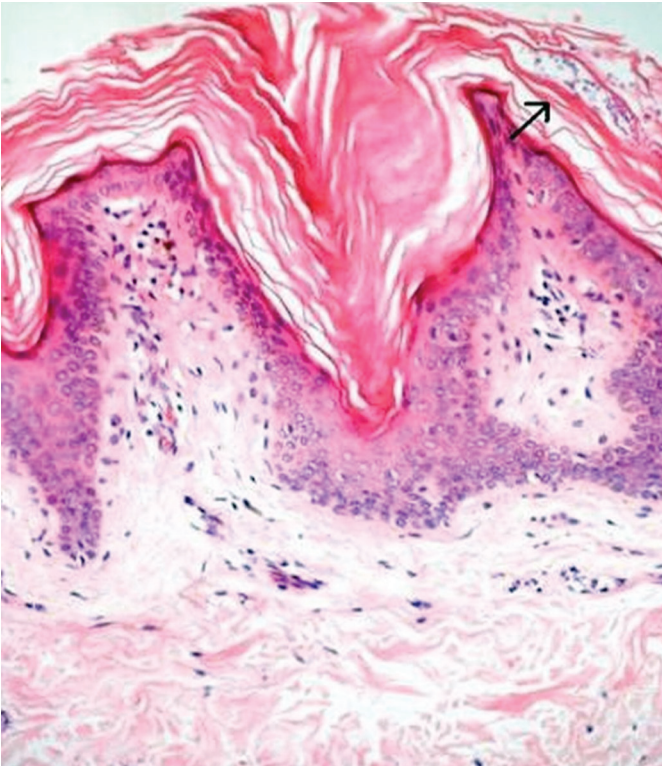
On altı yaşında bayan hasta, üç yıldır devam eden boyun, gövde ön yüz ve sırt bölgesinde kaşıntılı kahverengi lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde boyun bölgesinde koyu kahverengi, hiperkeratotik ve retiküler papül-plaklar, gövde ön yüz ve sırtta açık kahverengi, üzeri ince skuamlı retiküler özellikte plaklar izlendi (Resim 1). Eşlik eden ek hastalığı yoktu. Özgeçmiş ve

©Telif Hakkı 2013 Türk Dermatoloji Derneği Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Society of Dermatology - Available on-line at www.turkdermatolojidergisi.com



Resim 1. Boyun ve sırtta birleşme eğiliminde kahverengi hiperkeratotik papül plaklar



Resim 2. Epidermal hiperkeratoz, papillomatoz ve akantoz, beraberinde keratin tabaka içine yerleşmiş mantar sporları (ok), (H&E x200)

soygeçmişinde özellik saptanmadı. Yapılan KOH incelemesi ve Wood bakışı negatifti. Hiperkeratotik papül ve retiküler plaktan yapılan punch biyopside epidermiste hiperkeratoz, papillomatoz ve akantoz saptandı, beraberinde keratin tabaka içinde *Pityrosporum* sporları görüldü (Resim 2). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular ışığında KRP tanısı konuldu. Daha önceden kullandığı topikal steroidler, üreli preparatlar, topikal ve oral antifungal tedavilerden fayda görmemiş olan hastaya kalsipotriol krem 0.05 mg günde bir kez ve tretinoin krem %0.05 günde bir kez başlandı. Tedavinin birinci ayında lezyonlarda tama yakın gerileme saptandı (Resim 3). Topikal tedavilerin uygulama sıklığı azaltılarak tedaviye devam edilen hasta halen takibimizdedir.



Resim 3. Tedavinin 1. ayında lezyonlarda gerileme

Tartışma

KRP etiopatogenezi tam olarak belli olmayan nadir bir kutanöz hastalıktır. Genellikle hayatın ikinci-üçüncü dekatlarında, özellikle siyah ırkta ve kadınlarda ortaya çıkar. Az sayıda ailesel olgu bildirilmiş olsa bile olguların çoğunluğu sporadiktir (2).

KRP tinea versicolor, akantozis nigrikans, Darier hastalığı, kutanöz amiloidoz, prurigo pigmentosa, verrüka plana ve epidermal nevüsten lezyonların karakteristik dağılımı ve destekleyici histopatolojik bulguları ile ayırt edilebilmektedir (3).

Etiopatogenezi ile ilgili genetik eğilim, fotoduyarlılık, endokrin anormallikler, keratinizasyon bozukluğu, *Pityrosporum* ovale veya diğer mantar ve bakteriyel mikroorganizmalara karşı anormal doku reaksiyonu olması gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür (3). Bu teorilere dayanılarak mupirosin, kalsipotriol, hidrokinon, üre, salisilik asit ve retinoik asit gibi topikal tedaviler; azitromisin, roksitromisin, amoksisilin, oral retinoidler, minosiklin gibi sistemik tedaviler KRP'de farklı başarı sonuçlarıyla kullanılmıştır (4-14).

KRP'de antibiyotiklere yanıt olması etiolojide bakterilerin rol oynayabileceğini düşündürmüş olmakla birlikte bugüne kadar herhangi bir bakteri izole edilememiştir (3). Kullanılan antibiyotik tedavilerin belli bir mikrobiyal etken üzerine etki göstermekten çok genellikle antiinflamatuvar, antiproliferatif ve immün sistemi düzenleyici etkileriyle hastalık üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Olgumuzda olduğu gibi fungal etken izole edilememesi, antifungal tedavilere her zaman iyi yanıt alınamaması da doğrudan fungal etkenlere bağlı bir hastalık olmadığını düşündürmektedir. Özellikle keratolitik ajanlar ve antibiyotiklerle tedavi başarısının yüksek olması bir keratinizasyon bozukluğu veya tam olarak ortaya konulamamış bir etkene anormal bir doku yanıtı olduğu teorilerini ön plana çıkarmaktadır.

Vitamin D analogları keratinosit farklılaşmasını düzenler ve proliferasyonu inhibe eder. Ek olarak da deride antiinflamatuvar ve immünsupresif etkili bir sitokin olan IL-10 seviyesini artırıp, proenflamatuvar bir kemokin olan IL-8 seviyesini azaltarak immün düzenleyici etki gösterir. Topikal retinoik asitler de keratolitik etkilerinin yanı sıra immün düzenleyici ve antiinflamatuvar etkilere sahiptir (15,16).

Topikal kalsipotriol ve topikal retinoik asitlerin ayrı ayrı çoğu olguda etkili bulunduğu ve irritasyon dışında yan etki gözlenmediği bildirilmiştir (17,18).

Bizim olgumuz topikal ve oral antifungallerin yanı sıra üre, salisilik asit gibi keratolitiklere yanıtıydı. Bu nedenle keratolitik etkinin yanı sıra antiinflamatuvar ve immün sistemi düzenleyici etkilere sahip ve aynı zamanda sistemik yan etkileri bulunmayan topikal kalsipotriol ve topikal retinoik asit tedavilerini başladık ve tedavi ile oldukça iyi yanıt elde ettik. Biz kombinasyon tedavisini hastamızın daha önce kullanılan keratolitik tedavilere dirençli olması; antiinflamatuvar ve immün düzenleyici etkileri benzer olsa bile farklı mekanizmalar üzerinden bunu gerçekleştiriyor olmaları nedeniyle etiopatogenezi tam olarak bilinmeyen bir hastalık üzerindeki etki spektrumunu artırmak amaçlı kullandık. Ancak ilaçların tedavide sinerjistik etki gösterip göstermediği, ilaçların tek başına kullanıldığında benzer bir yanıtın alınıp alınmayacağı konusunun tam olarak anlaşılabilmesi için daha çok olguyla daha ileri kontrollü çalışmalar gerektiği de bir gerçektir.

Kaynaklar

- Gougerot H, Carteaude A. Papillomatose pigmentee innominee. Bull Soc Fr Dermatol Syph 1927;34:719-21.
- Lee MP, Stiller MJ, McClain SA, et al. Confluent and reticulated papillomatosis: response to high-dose oral isotretinoin therapy and reassessment of epidemiologic data. J Am Acad Dermatol 1994;31:327-31.
- Davis MD, Weenig RH, Camilleri MJ. Confluent and reticulate papillomatosis Gougerot-Carteaud syndrome: a minocycline-responsive dermatosis without evidence for yeast in pathogenesis. A study of 39 patients and a proposal of diagnostic criteria. Br J Dermatol 2006;154:287-93.
- Davis RF, Harman KE. Confluent and reticulated papillomatosis successfully treated with amoxicillin. Br J Dermatol 2007;156:583-4.
- Rao TN, Guruprasad P, Sowjanya ChL, et al. Confluent and reticulated papillomatosis: successful treatment with minocycline. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2010;76:725.
- Carlin N, Marcus L, Carlin R. Gougerot-Carteaud Syndrome treated with 13-cis-retinoic acid. J Clin Aesthet Dermatol 2010;3:56-7.
- Erkek E, Ayva S, Atasoy P, et al. Confluent and reticulated papillomatosis: favourable response to low-dose isotretinoin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:1342-3.
- Gönül M, Cakmak SK, Soylu S, et al. Successful treatment of confluent and reticulated papillomatosis with topical mupirocin. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22:1140-2.
- Davis RF, Harman KE. Confluent and reticulated papillomatosis successfully treated with amoxicillin. Br J Dermatol 2007;156:583-4.
- Ito S, Hatamochi A, Yamazaki S. A case of confluent and reticulated papillomatosis that successfully responded to roxithromycin. J Dermatol 2006;33:71-2.
- Atasoy M, Ozdemir S, Aktaş A, ve ark. Treatment of confluent and reticulated papillomatosis with azithromycin. J Dermatol 2004;31:682-6.
- Schwartzberg JB, Schwartzberg HA. Response of confluent and reticulate papillomatosis of Gougerot and Carteaud to topical tretinoin. Cutis 2000;66:291-3.
- Gülec AT, Seçkin D. Confluent and reticulated papillomatosis: treatment with topical calcipotriol. Br J Dermatol 1999;141:1150-1.
- Stein JA, Shin HT, Chang MW. Confluent and reticulated papillomatosis associated with tinea versicolor in three siblings. Pediatr Dermatol 2005;22:331-3.
- Uliasz A, Lebowohl M. Other Topical Medications. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. 2nd ed. St Louis: Mosby; 2008.p.1991-2003.
- Barker JN, Ashton RE, Marks R, et al. Topical maxacalcitol for the treatment of psoriasis vulgaris: a placebo-controlled, double-blind, dose-finding study with active comparator. Br J Dermatol 1999;14:274-8.
- Schwartzberg JB, Schwartzberg HA. Response of confluent and reticulate papillomatosis of Gougerot and Carteaud to topical tretinoin. Cutis 2000;66:291-4.
- Kurkcuoglu N, Celebi CR. Confluent and reticulated papillomatosis: response to topical calcipotriol. Dermatology 1995;191:341-2.