

## Mikozis Fungoides Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Skabies: Dermatoskopik Tanı

### *Development of Scabies During Treatment for Mycosis Fungoides: Dermatoscopic Diagnosis*

Caner Aykol, İnci Mevlitoğlu, Hüseyin Tol, Yeliz Uçar Tavlı

#### Özet

Skabies, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in neden olduğu şiddetli ve yaygın kaşıntıya sebep olan bir kutanöz infestasyondur. Şiddetli kaşıntı ve tipik predileksiyon bölgelerinde tünellerin saptanmasıyla klinik olarak tanı konabilir. Yaşlılarda ve immunsuprese hastalarda lezyonlar çok değişikdir ve klinik tanı koymak zor olabilir. Bu gibi durumlarda dermatoskopi, skabies tanısında sensitivite ve spesifitesi yüksek, hızlı ve pratik bir tanı aracıdır. Burada, daha öncesinde mikozis fungoidesi olan ve dermatoskopik bulgularla skabies tanısı konan 61 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. (*Turk J Dermatol 2012; 6: 114-6*)

**Anahtar kelimeler:** Skabies, dermatoskopi, mikozis fungoides

#### Abstract

Scabies is a cutaneous infestation caused by *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* and characterized by severe and generalized pruritus. A clinical diagnosis can be made when a burrow is detected at a typical predilection site and the lesion is severely itching. Scabies which occurs in the elderly and also in patients who are immunosuppressed, the lesions are very variable and clinical diagnosis may be difficult. In such cases, dermatoscopy is a simple and rapid diagnostic tool for the diagnosis of scabies with high sensitivity and specificity. Here, a 61-year-old woman who was diagnosed as scabies with dermatoscopic findings and already had mycosis fungoides is reported.

(*Turk J Dermatol 2012; 6: 114-6*)

**Key words:** Scabies, dermatoscopy, mycosis fungoides

#### Giriş

Skabies; tüm yaşam siklusu insanda geçen bir parazit olan *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in neden olduğu, özellikle geceleri artan şiddetli kaşıntı ile karakterize kutanöz bir infestasyondur. Skabies tanısı genellikle tipik klinik bulgular ve semptomlara dayanılarak konulur. Lezyon spektrumunun çok geniş olması nedeniyle atipik lezyonların sık görüldüğü özellikle yaşlı hastalar ile immunsuprese hastalarda tanı koymak zor olabilir (1-4). Bu gibi durumlarda tanı için tünel mürekkep testi, direkt mikroskopik inceleme, dermatoskopi ve histopatolojik inceleme kullanılır (2). Bu makalede; mikozis fungoides tanısıyla kliniğimizde 6 aydır 10 mg/gün asitretin + darbant ultraviyole B tedavisi (re-dbUVB) altında olan ve son 1 aydır şiddetli kaşıntı şikâyeti ile başvuran, dermatoskopik bulgularla skabies tanısı konulan bir kadın hasta sunulmaktadır.

#### Olgu Sunumu

Altı ay önce sırt, lomber bölge ve bacakta kızamık, kepekli yaralar (Resim 1) şikâyetiyle polikliniğimize başvuran 61 yaşında kadın hastadan alınan deri biyopsilerinde epidermotropizm gösteren atipik lenfositlerin görülmesi ile mikozis fungoides tanısı konulmuş ve re-dbUVB tedavisi başlanmıştı. Hasta tedavisinin 6. ayında son 1 aydır var olan vücutta yaygın kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Hastadan alınan anamnezde kaşıntının geceleri arttığı, topikal steroidler ve oral antihistaminiklerden fayda görmediği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde mikozis fungoides dışında başka bir hastalığı yoktu. Aile bireylerinde benzer

şikâyeti olan kimse mevcut değildi. Yapılan dermatolojik muayenede areola ve göbük çevresi (Resim 2) ile bacaklarda daha yoğun olmak üzere tüm vücutta eritemli, yer yer ekskoriye papüller saptandı. Hastanın tam kan sayımında eozinofil düzeyi 6.21 K/uL ve IgE 293 IU/mL ile yüksek seviyelerdeydi. Hastanın ilk yapılan tetkiklerinde ise eozinofil düzeyi 0.4 K/uL ile normal sınırlarda, IgE düzeyi ise 285 IU/mL ile yüksek bulunmuştu. Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı. Hastanın göbük çevresindeki lezyonlarına yapılan dermatoskopik muayenede lineer şekilli şeffaf yapının uç kısmında kahverengi-siyah üçgen şekilli parazit görüldüğü 'jet dumanı' paterni saptandı. Tünelin içinde görülen kahverengi noktalar parazit feçesi olarak değerlendirildi (Resim 3). Hastaya klinik ve dermatoskopik bulgular ışığında skabies tanısı konularak 10 gün ara ile iki kez %5 permetrin krem topikal olarak uygulandı ve hastanın şikâyetlerinin gerilediği görüldü.

#### Tartışma

Skabies özellikle geceleri artan şiddetli kaşıntı ile karakterize, *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in etken olduğu kutanöz bir parazitozudur. Dişi ve erkek parazit deri yüzeyinde çiftleştiikten sonra dişi parazit stratum korneumda tünel kazmaya başlar. Tünelin içinde günde 2-3 yumurta bırakarak ilerler. Üç-dört gün içinde yumurtadan çıkan larvalar önce nimf daha sonra da erişkin dişi veya erkek olarak yaklaşık 2 hafta içerisinde gelişimini tamamlar (1). Klasik skabies olgularında bir insanda 10-15 aktif parazit bulunurken Norveç uyuzunda (krutlu skabies) bu sayı milyonları bulabilmektedir (5).



**Resim 1. Sağ skapular bölge ve gövde lateralinde eritemli, hafif skuamli mikozis fungoides plakları**



**Resim 2. Göbük çevresinde eritemli, yer yer ekzoriye papüller**



**Resim 3. Göbük çevresindeki lezyonların dermatoskopik görüntüsü (x40): (\*\*): tünel, (→): tünelin bir ucunda üçgen şekilli parazit, (⇒): kahverengi noktalar şeklinde parazit feçesi (O): jet dumanı paterni**

Skabies genellikle yakın fiziksel temas ile yayılır. Aynı yatakta uyuyan bireyler ve cinsel ilişki gibi yakın temas durumlarında bulaşma daha kolaydır. Bu yüzden aynı evi paylaşan aile bireylerinde benzer şikayetlerin bulunması tanı için önemli bir ipucu olabilmektedir (5). Bizim olgumuzda ise aile bireylerinde benzer yakınması olan kimse yoktu.

Skabies klinik olarak geceleri yoğunlaşan kaşıntı ile seyredir. Diagnostik bulgusu olan tüneller özellikle parmak araları, el bileği ve dirsek fleksor yüzlerinde sık görülür. Göbük ve meme çevresi, ön kol, aksilla, kalçalar ve erkeklerde penis sık tutulan diğer bölgelerdir. Tünelin hemen ucunda inci tanesine benzer şekilli vezikül perle bulunabilir. Bununla birlikte alerjik duyarlılığa bağlı ortaya çıkan çok sayıda eritemli papüller, ekzoriyasyonlar, krutlar, nodüller, püstüller, büller ve sekonder ekzematizasyon gibi nonspesifik lezyonların da ortaya çıkmasıyla görünüm polimorf bir hal alabilir (2, 5). Bizim hastamızda da göbük ve meme çevresinde ekzoriye papüller, kol ve bacaklarda eritemli papüllerden oluşan polimorfik bir görüntü hakimdi.

Organ transplant alıcıları, yaşlılar, uzun süreli topikal steroid tedavisi veya immunsupresif tedavi alan hastalarda skabies daha kolay ortaya çıkabilmektedir (6). Bizim hastamız da yaklaşık 6 aydır mikozis fungoides tanısıyla re-darban UVB tedavisi almaktaydı.

Skabies için tipik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Eozinofil sayısı ve IgE düzeyleri normal sınırlarda olabilmekle birlikte eozinofil sayısında ve IgE düzeyinde yükselme de bildirilmiştir (1, 7). Bizim olgumuzda da hem eozinofili hem de artmış IgE düzeyi mevcuttu. Hastamızda eozinofil düzeyi skabies gelişmeden önce normal sınırlardayken IgE seviyesi yüksek düzeylerdeydi. Bu yüzden hastadaki eozinofili skabiese bağlanabilirken, IgE yüksekliği skabiesten ziyade hastanın daha önceden mevcut olan mikozis fungoidesi ile ilişkilidir.

Skabies tanısı, geceleri artan kaşıntı ve diğer aile bireylerinin de etkilenmesi gibi karakteristik özelliklerin yanı sıra tünel, vezikül perle gibi tipik lezyonların bulunmasıyla kolaylıkla konulabilir. Bununla birlikte deri kazıntısının direkt mikroskopik incelenmesi, tünel mürekkep testi, tetrasiklin floresan testi, yapışkan bant testi, dermatoskopi ve traşlama biyopsi gibi pek çok tanı metodu bulunmaktadır (3).

Dermatoskopi uzun yıllardır pigmente lezyonların tanı ve takibinde kullanılan önemli bir tanı aracıdır. Günümüzde pek çok nonpigmente dermatozda da tanıya yardımcı olarak kullanılabilir. Skabies dermatoskopik bulguları en karakteristik olan nonpigmente kutanöz hastalıklardan birisidir. Dermatoskopik muayenede lineer uzanan şeffaf tünel görüntüsü ile tünelin bir ucunda kahverengi-siyah renkli üçgen bir yapı gözlenir. Bu iki yapı birlikte bir jetin havadayken çıkardığı dumana benzetilmiş ve 'jet dumanı paterni' olarak adlandırılmıştır. Tek başına bir planöre benzeten kahverengi üçgen yapı, parazitin ağız kısmı ve ön bacaklarını içermektedir. Translusen olan arka bacaklar ve abdomen kısmı ise dermatoskopik muayenede görülmez. Duman izi şeklindeki tünelin içinde kahverengi noktalar şeklinde görülen parazit feçesi de bir diğer dermatoskopik bulgudur (8-10). Bizim olgumuzda da dermatoskopik muayenede jet dumanı paterni ve tünel içinde kahverengi noktalar saptanmıştı. Dermatoskopik, skabies tanısının yanında tedavinin takibinde de yol gösterici olabilmektedir. Özellikle krutlu skabies gibi parazit sayısının çok fazla olduğu klinik durumlarda dermatoskopik olarak saptanan parazit sayısında azalma, tedaviye yanıtın iyi olduğunun bir göstergesidir (11). Yapılan bir çalışmada skabies tanısında dermatoskopinin sensitivitesi %91, spesifitesi ise %86 olarak bildirilmiştir (12). Deri kazıntısı, dermatoskopi ve yapışkan bant testinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise dermatoskopinin diğer iki teste oranla daha sensitif ancak spesifitesi düşük bir test olduğu vurgulanmıştır (13).

## Sonuç

Skabiesin başka dermatolojik hastalıkların üstüne eklenebileceği ve klinik karışıklığa sebebiyet verebileceği unutulmamalı ve şiddetli kaşıntı şikayeti ile başvuran her hastada dikkatli bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Özellikle klinik bulgularla tanı koymanın zor olduğu olgularda dermatoskopinin tecrübe kazanıldığında spesifitesi ve sensitivitesi yüksek, pratik bir tanı aracı olduğunu düşünmekteyiz.

## Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## Kaynaklar

- Executive Committee of Guideline for the Diagnosis, Ishii N. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (second edition). *J Dermatol* 2008;35:378-93.
- Chouela E, Abeldano A, Pellerano G, et al. Diagnosis and treatment of scabies: a practical guide. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:9-18. [\[CrossRef\]](#)
- Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther* 2009;22:279-92. [\[CrossRef\]](#)
- Hay RJ. Scabies and pyoderma-diagnosis and treatment. *Dermatol Ther* 2009;22:466-74. [\[CrossRef\]](#)
- Nordlund JJ. Cutaneous ectoparasites. *Dermatol Ther* 2009;22:503-17. [\[CrossRef\]](#)
- Bouvrès S, Chosidow O. Scabies in healthcare settings. *Curr Opin Infect Dis* 2010;23:111-8. [\[CrossRef\]](#)
- Burns DA. Diseases Caused by Arthropods and Other Noxious Animals. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology* 8th ed. Singapore: Wiley-Blackwell; 2010. c38.36-46.
- Tschandl P, Argenziano G, Bakos R, et al. Dermoscopy and entomology (entomodermoscopy). *J Dtsch Dermatol Ges* 2009;7:589-96. [\[CrossRef\]](#)
- Neynaber S, Wolff H. Diagnosis of scabies with dermoscopy. *CMAJ* 2008; 178: 1540-1. [\[CrossRef\]](#)
- Prins C, Stucki L, French L, et al. Dermoscopy for the in vivo detection of *Sarcoptes scabiei*. *Dermatology* 2004;208:241-3. [\[CrossRef\]](#)
- Towersey L, Cunha MX, Feldman CA, et al. Dermoscopy of Norwegian scabies in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *An Bras Dermatol* 2010;85:221-3. [\[CrossRef\]](#)
- Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:53-62. [\[CrossRef\]](#)
- Walter B, Heukelbach J, Fengler G, et al. Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch Dermatol* 2011;147:468-73. [\[CrossRef\]](#)