

# Veziküler Pitiriazis Rozea

Doç. Dr. Mualla POLAT\*, Dr. Hatice KAYA\*, Doç. Dr. Ali Haydar PARLAK\*

\*Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı / Bolu

## ÖZET

### Veziküler Pitiriazis Rozea

Pitiriazis rozea, çocukları ve erişkinleri daha sık tutan, akut, kendiliğinden gerileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Klasik olarak gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşen papülo-skuamöz deri döküntüsü ile karakterizedir. Tipik olgularda klinik özellikler ilk habercisi yama görünümünün takibinde ortaya çıkan yaygın, küçük, oval papüloskuamöz maküllerin gelişimi şeklindedir. Pitiriazis rozea, çok çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Pitiriazis rozeanın plak, ürtiker, vezikül, likenoid, non palpable purpura, eritema multiforme benzeri lezyonlar, dev plaklar ve hatta ekfoliyatif dermatit şeklinde bildirilmiş varyantları mevcuttur. Çok daha nadir rastlanan atipik formlarına göre tipik pitiriazis rozea tanısı daha kolay konmaktadır. Biz, tipik lezyonlara ek olarak gövde, boyun ve kollarda lokalize veziküler lezyonlara sahip bir bayan hastayı oldukça nadir rastlanan veziküler pitiriazis rozea tanısı ile sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Pitiriazis rozea, atipik form, veziküler

## Giriş

Pitiriazis rozea (PR) sık rastlanan, akut başlangıçlı, kendini sınırlayan papüloskuamöz bir deri hastalığıdır. Tipik klinik özellikleri; deride 'madalyon' adı verilen, 2-6 cm çapında öncü bir plağın ortaya çıkışını takiben genellikle gövdede ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yaygın papüloskuamöz döküntülerin gelişmesidir (1). Morfolojik yapı ve lezyonların dağılım şekli ile tipik formu tanımak kolayken, atipik formlar olan papüler, purpurik, veziküler, püstüler, invers, pitiriazis rozea urticata, pitiriazis rozea gigante, lokalize pitiriazis rozea, tanısız açıdan karışıklığa yol açabilmektedir (2, 3, 4). Bu gibi olgularda deri biyopsisi tanı koymada yardımcıdır. Atipik formlar nadir görülmektedir (1).

Kliniğimizde PR tanısı konan hasta; takibi sırasında lezyonlarında veziküllerin oluştuğunun izlenmesi üzerine, atipik formlara literatürde az rastlanması nedeniyle ve atipik PR vakalarını tekrar gözden geçirmek amacıyla sunulmaktadır.

## Olgu

Yetmiş sekiz yaşında bayan hasta, yaklaşık bir ay önce ilk olarak bacaklardan başlayıp zamanla kol ve gövdeye yayılan kaşıntılı kırmızı lekeler şikayetiyle polikliniğimizde değerlendirildi. Anamnezinde lezyonlar öncesi herhangi bir ilaç kullanımı ya da

## ABSTRACT

### Vesicular pityriasis rosea

Pityriasis rosea is an acute self-limited inflammatory disorder that primarily affects children and young adults. It is characterized by a distinctive papulosquamous skin eruption classically distributed on the trunk and proximal extremities. The clinical features of the typical cases are first the appearance of the herald patch, followed by the development of disseminated, smaller, papulosquamous ovoid macules. Pityriasis rosea can present in a variety of manners. Variants of Pityriasis rosea namely, plaques, urticaria, vesicles, bullae, lichenoid lesions, non-palpable purpura, erythema multiforme-like lesions, gigantic plaques and even exfoliative dermatitis have been reported. Typical Pityriasis rosea is much easier to diagnose than the rare atypical forms. We report a rare case of vesicular Pityriasis rosea in a woman who had vesicular lesions localized on the trunk, neck and arms in addition to regular typical lesions.

**Key Words:** Pityriasis rosea, atypical form, vesicular

infeksiyon geçirme öyküsü yoktu. Özgeçmişinde 10 yıldır hipertroidi tanısıyla Propiltiourasil tablet 2x1 kullanımı mevcuttu. Dermatolojik muayenede her iki üst-alt ekstremit ve sırtta, yaygın oval, eritemli, etrafında yakacak tarzı skuamaların izlendiği plak lezyonlar tespit edildi (Şekil 1), madalyon lezyon gözlenmedi.



**Şekil 1.** Dağınık olarak yerleşmiş etrafında yakacak tarzı skuamaların izlendiği papül ve plaklar.

Nativ preparatta mantar elemanlarına rastlanmadı. Rutin laboratuvar incelemesi normal ve VDRL, TPHA negatif olarak tespit edildi. Bilek iç yüzündeki eritemli, skuamli plaklardan

alınan punch biyopside; hiperkeratoz, parakeratoz, granüler tabakada azalma, spongiyoz ve hafif akantoz gösteren çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda üst dermiste perivasküler mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve az sayıda ekstrasvaze eritrositler izlenmiş olup PR ile uyumlu olarak rapor edildi. Tedavi olarak; şiddetli kaşıntı nedeniyle oral Desloratadin tab. 1x1 ve topikal orta potent kortikosteroid başlandı. Hasta 10 gün sonra polikliniğimize klinik gerileme olmaması üzerine tekrar başvurdu. Yapılan dermatolojik incelemesinde daha önceki lezyonların üzerinde vezikülerin olduğu gözlemlendi (Şekil 2, 3).



**Şekil 2.** Önceki eritemli skuamli plakların üzerinde gelişmiş, çok sayıda veziküler lezyonlar.



**Şekil 3.** Sağ el bileği iç yüzündeki veziküler lezyonların yakından görünümü.

Geçen sürede hastanın, doktor önerisi ile veya doktor önerisi olmadan başka bir topikal uygulama yapmadığı, sistemik olarak desloratadin dışında başka bir ilaç kullanmadığı, grip benzeri bir infeksiyon veya aşılama geçirmediği öğrenildi. Tam kan, biyokimya, hormon ve infeksiyon parametreleri normal olan hastanın rıza göstermemesi nedeniyle biyopsi tekrarı yapılamadı ve klinik bulgularla veziküler PR tanısı kondu. Tedavi değişikliği yapılmayan hastanın iki hafta sonraki kontrol muayenesinde lezyonlarda belirgin düzelmenin olduğu izlendi.

## Tartışma

İlk olarak 1798'de Robert Willan tarafından "roseola annulata"

adıyla sağlıklı çocuklarda kendini sınırlayan bir erüpsiyon olarak tariflenmiştir. PR adı 1860 yılında *Camille Melchior Gibert* tarafından verilmiştir. PR akut başlangıçlı, kendini sınırlayan, sağlıklı adölesan ve genç erişkinlerde sık karşılaşılan papülo-skuamöz bir erüpsiyondur (1). Genellikle sistemik belirti vermeden, 6-8 haftada spontan gerileme göstermesi beklense de tipik erüpsiyonun beş aydan uzun sürdüğü nadir vakalarda bildirilmiştir. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, oto-immünite, ilaçlar (omeprazol, terbinafin, barbitüratlar, bizmut, klonidin, kaptopril, altın) ve viral etkenler suçlanmakta olup son çalışmalar *Human herpesvirus* (HHV)-6 ve HHV-7 üzerine yoğunlaşmakla birlikte, viral etiyojoloji destekleyen otörler, mevcut patolojiye enfeksiyöz ajana karşı gelişen immünolojik savunma yanıtı olarak yorumlanmaktadır (1, 4, 5, 6, 7).

Tipik PR'nın klinik prezentasyonu vakaların büyük bir kısmında ortaya çıkan 'madalyon plak' olarak isimlendirilen 2-6 cm lik eritemli ilk lezyon ile gövde ve ekstremitelerin proksimalinde oval, pembe renkte, kenarında yakacak tarzı skuamlanmanın izlenebildiği, çam ağacı paterninde, eritemli maküller ve plaklardan oluşur. Atipik formda PR ise oldukça nadir görülmekte olup vakaların %20'si olarak bildirilmiştir (3, 4). Atipik formda lezyonlarla prezente olan hastalara tanı koymak oldukça zordur. Atipik formlar morfoloji ve dağılım açısından tipik PR'den farklılık gösterir. Dağılım açısından; sefalik PR, unilateral PR, lokalize PR, PR sirsinata et marjinata Vidal, morfolojik olarak ise papüler PR, purpurik PR, püstüler ve veziküler PR vakaları bildirilmiştir (5, 8, 9).

Literatürde bildirilen veziküler PR vakası nadir olup diğer atipik formlar gibi sıklıkla çocuk ve genç erişkinlerde görülmektedir. Literatürde 380 hastadan oluşan PR hasta serisinde % 0.5 oranında veziküler PR vakası bildirildiği vurgulanmaktadır (6, 7). Avuç içi, ayak tabanı, ön kol ve yüz lokalizasyonunda varisella veya dizhidroz benzeri veziküler lezyonlar izlenebilmektedir. Veziküler lezyonlar yaygın bir erüpsiyon şeklinde ya da eritemli skuamli plak etrafında veziküler rozet formunda oluşabilmektedir. Hastamızda da lezyonlar eritemli skuamli plakların olduğu alanda ve lezyon üzerinde ve etrafında veziküler rozet şeklinde izlenmiştir. Veziküler PR hastalarında kaşıntı semptomuna da sık rastlanmaktadır (5). Dolayısıyla kaşıntının neden olduğu travmanın vezikül formasyonunu ortaya çıkardığını düşünmekle birlikte literatürde bu konuyu destekleyen ya da aydınlatan çalışmalara rastlanmamıştır.

Sonuç olarak veziküler PR her ne kadar nadir görülen bir hastalık olsa da veziküllerin izlendiği klinik tablolarda ayırıcı tanılar arasında akılda tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

## Kaynaklar

1. Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea-an update. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005; 71: 311-315.
2. Chuh A, Chan H, Zawar V. Pityriasis rosea-evidence for and against an infectious aetiology. Epidemiol Infect 2004; 132: 381-390.

3. Parsons JM. Pityriasis rosea update. J Am Acad Dermatol 1986; 15: 159-167.
4. Imamura S, Ozaki M, Oguchi M, Okamoto H, Horiguchi Y. Atypical pityriasis rosea. Dermatologica 1985; 171: 474-477.
5. Miranda SB, Lupi O, Lucas E. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 622-625.
6. Weiss RL, Lace CW, Showman WA. Pityriasis rosea. Arch Dermatol Syph 1927; 15: 304-322.
7. Singh V, Sharma M, Narang T, Madan M. Vesicular palmoplantar pityriasis rosea. Skinmed 2012; 10: 116-118.
8. Buckley C. Pityriasis rosea-like eruption in a patient receiving omeprazole. Br J Dermatol 1996; 135: 660-661.
9. Gökdemir A, Şentürk N, Aydın F, Yıldız L, Cantürk T, Turanlı AY. [Purpuric Pityriasis Rosea Associated with Acute Myeloid Leukemia: Case Report.] Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009; 19: 59-62.

## Bir Keratozis Likenoides Kronika Olgusu

Uzm. Dr. Mutlu ÇAYIRLI\*, Uzm. Dr. Yılmaz TURAN\*\*, Doç. Dr. Erol KOÇ\*\*\*

\* Ağrı Asker Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Servisi, Ağrı  
 \*\* Maresal Çakmak Asker Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Servisi, Erzurum  
 \*\*\* Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### ÖZET

#### Bir Keratozis Likenoides Kronika Olgusu

Keratozis likenoides kronika ya da Nekam hastalığı etyolojisi bilinmeyen ve sistemik bulgusu olmayan, lineer paternde dizilim gösteren likenoid ve hiperkeratotik papüllerle karakterize, nadir izlenen bir keratinizasyon bozukluğudur. Hastalığın kronik ve ilerleyici bir seyri olup hemen tüm yerel tedavilere ve sistemik tedavi rejimlerinin çoğuna zayıf yanıt vermesi ile karakterizedir. Literatürde günümüze kadar yaklaşık 70 olgu bildirilmiştir. Burada klinik ve histopatolojik bulgularla Nekam hastalığı tanısı koyduğumuz 21 yaşındaki bir olguyu sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Keratozis likenoides kronika, Nekam hastalığı, keratinizasyon bozukluğu

### ABSTRACT

#### A Case Report of Keratosis Lichenoides Chronica

Keratozis likenoides chronica or Nekam's disease is a rare chronic keratinisation disorder characterized by lichenoid hyperkeratotic papules arranged in a linear pattern with unknown aetiology and without any systemic associations. The disease has a chronic and progressive course and is characterized by a poor response to almost all topical treatments and most systemic regimens. Around 70 cases have been reported in the literature. In this case we present a 21-year old patient that we diagnosed as Nekam's disease with clinical and histopathological examinations.

**Key Words:** Keratozis likenoides chronica, Nekam disease, keratinisation disorder

### Giriş

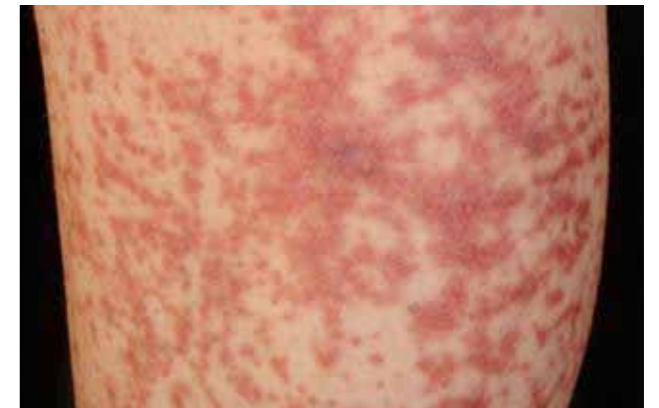
Nekam hastalığı olarak da bilinen keratozis likenoides kronika (KLK) kronik ve progresif seyirli bir dermatoz olup genellikle 20 ila 50 yaş arasındaki kişileri etkiler. Hastalık özellikle el ve ayak dorsalinde, ekstremiteler ile kalçalarda lineer ve retiküler paternde, viyolase, hiperkeratotik papüller ile karakterize olup nadir izlenen bir dermatozdur (1). Literatürde günümüze kadar 70 civarı olgu bildirilmiştir (2). Burada klinik ve histopatolojik değerlendirmeler eşliğinde KLK tanısı koyduğumuz genç bir erişkin hastayı sunuyoruz.

### Olgu

Yirmi yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır vücudunda çıkan lezyonlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın sistemik muayenesi normal olup dermatolojik muayenesinde; her iki aksiller bölge ile her iki alt ekstremitede ve ayak dorsalinde bilateral, simetrik yerleşimli, kırmızı-mor renkte, likenoid yapıda, retiküler patern gösteren keratotik papüller izlendi (Resim 1, 2, 3). Hastanın yapılan tam kan, rutin biyokimyasal testler, akciğer radyografisi ve oto antikor testlerinde anormallik saptanmadı. Hepatit belirteçleri negatif idi. Yapılan histopatolojik incelemede hiperkeratoz, hipergranüloz, yoğun likenoid inflamatuvar infiltrat, fokal parakeratoz, bazal tabakada kolloid cisimcikler, bazal tabakada vakuoler değişiklik, fokal epidermal ayrılma, üst ve orta dermiste perikapiller inflamatuvar hücre infiltrasyonu gözlemlendi (Resim 4). Hastaya bu klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde KLK tanısı konularak re-PUVA tedavisine başlandı.



**Resim 1.** Her iki alt ekstremitede simetrik dağınık gösteren, retiküler, mor-viyole papüller.



**Resim 2.** Viyole papüler lezyonların yakından görünüşü.