



Olgu Sunumu

Bir Lupus Miliaris Disseminatus Faciei Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Aslı Aksu Çerman,¹ Ezgi Aktaş Karabay,^{1,*} Özben Yalçın,² Ilknur Kıvanç Altunay¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ve Venereoloji Bölümü, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patolojinin Bölümü, İstanbul

*Mevcut kurum: Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve Venereoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) etyolojisi net olarak bilinmeyen, nadir görülen, yüzün granümatöz bir hastalıdır. Klinik olarak yüzde simetrik olarak yerleşen, monomorfik, kırmızı-kahverenkli, sert papüllerle karakterizedir. Histopatolojik incelemede perifoliküler kazeifiye granülomlar izlenir.

20 yaşında erkek hasta yüz bölgesinde çok sayıda papüler lezyon ile polikliniğimize başvurdu ve histopatolojik inceleme sonrası LMDF tanısı konuldu. Sistemik tetrasiklin tedavisine yanıt vermeyen ancak sistemik dapson ve topikal takrolimus ile başarılı şekilde tedavi edildi.

Nadir görülmesi ve dapson tedavisine hızlı yanıt vermesi sebebiyle bu olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Dapson; granülom; lupus miliaris disseminatus faciei.

Atf için yazım şekli: "Aksu Çerman A., Aktaş Karabay E., Yalçın Ö., Kıvanç Altunay İ. Lupus Miliaris Disseminatus Faciei: A Case Report and Brief Literature Review. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2018;52(2):142-144".

Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) ilk kez 1877'de Fox ve ark.^[1] tarafından tanımlanan, literatürde yaklaşık 200 olgunun bildirildiği nadir görülen bir dermatozdur.^[2] LMDF papülündeki kazeifikasyon nekrozunun sebebi olarak önceleri mycobacterium tuberculosis daha sonra demodex folliculorum suçlanmışsa da granülom yapılarında her iki etkenin de gösterilmemesiyle bu hipotezlerden uzaklaşmıştır.^[3] Genç erişkinlerde ön planda yüz bölgesinin daha az sıklıkla da ekstrasfasyal tutulumun izlendiği bu hastalık kendini sınırlama eğilimindedir.^[4]

Olgu Sunumu

20 yaşında erkek hasta yüzünde 2 aydır olan asemptomatik

döküntülerle başvurdu. Hastanın bilinen bir hastalığı ve herhangi bir ilaç kullanım öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde perioral bölgede daha yoğun olmak üzere, çenede, nazolabial sulkuslarda, sağ göz altında kırmızı-kahverenkli 1-3 mm çapında monomorfik, sert, düz yüzeyle papüler lezyonlar izlendi (Şekil 1). Hastanın kaşıntı, ağrı, yanma, batma gibi herhangi bir subjektif yakınması bulunmamaktaydı. Hastanın çenesindeki papülden alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeyle hiperkeratoz, epidermiste hafif akantoz, dermiste granülom yapıları, fokal alanda etrafında epitelooid histiositler, multinükleer dev hücre ve lenfositleri içeren kazeifikasyon nekroz alanı, perivasküler, perifoliküler interstisyel lenfositik infiltrasyon alanı mevcuttu (Şekil 2). Ziehl-Nelson veya Periodik Asit Sc-

Yazışma Adresi: Ezgi Aktaş Karabay, MD. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ve Venereoloji Bölümü, İstanbul, Turkey

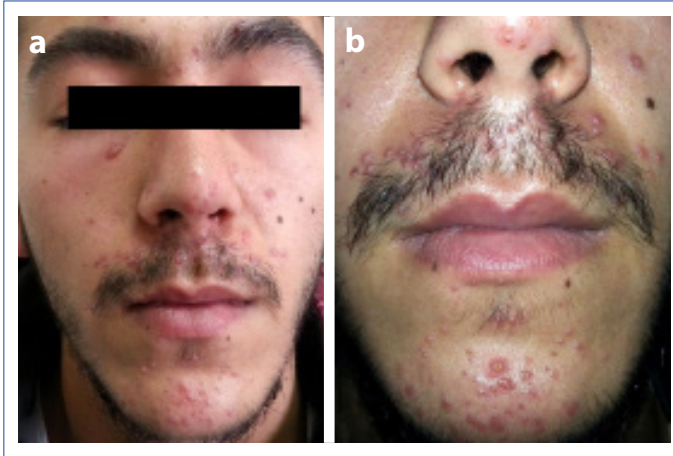
Telefon: +90 505 585 35 61 **E-posta:** ezgiii.aktas@gmail.com

Başvuru Tarihi: 08.02.2017 **Kabul Tarihi:** 03.04.2017 **Online Yayınlanma Tarihi:** 28.03.2018

©Telif hakkı 2018 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfalthip.org

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).





Şekil 1. Lupus miliaris disseminatus faciei: (a) hastanın yüz bölgesinde çok sayıda kırmızı-kahverenkli papüller. (b) Perioral bölgede yoğunlaşan papüller lezyonlar.

hiff (PAS) boyamalarda fungal veya mikobakteriyel yapılar görülmedi. Hastanın tam kan sayımı, biyokimya parametreleri ve akciğer grafisi normal sınırlardaydı. Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya lupus miliaris disseminatus faciei tanısı konuldu.

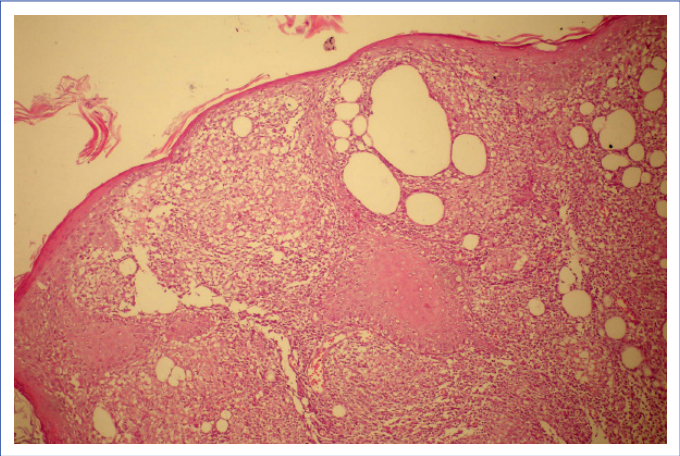
Oral doksisisiklin 200 mg/gün tedavisi başlanan hastada 1. ayın sonunda herhangi bir iyileşme görülmedi. Sistemik dapson 50 mg/gün ve topikal takrolimus tedavisi başlanan hastada tedavinin birinci ayında lezyonlarda belirgin gerileme izlendi.

Tartışma

LMDF daha çok genç erişkinlik çağında görülen ve her iki cinsi eşit oranda etkileyen kronik seyirli, granulatöz, inflamatuvar bir hastalıktır.^[5, 6] Özellikle yüzün santral kısmını tutan, çok sayıda 1-3 mm boyutlarında kırmızı-sarı veya kırmızı-kahverenkli sert papüller sıklıkla malar bölgelerde, mandibula altında, periorifisyal bölgelerde görülür. Göz kapağı tipik tutulum bölgesidir.^[2, 7] Ekstrafasyal tutulum ile seyreden LMDF olgularında aksilla, omuzlar, kollar, eller, boyun, bacaklar ve inguinal bölge sıklıkla tutulan lokalizasyonlardır.^[8] Bizim olgumuzda da tipik LMDF lezyonları yüzde perioral bölgede daha yoğun olmak üzere, çenede, nazolabial sulkuslarda, sağ göz altında lokalize idi.

Histopatolojik bulgular lezyonun evresine göre değişebilmekle beraber^[9] santralde kazeifikasyon nekrozu izlenen, epitelooid hücrelerden oluşan perifoliküler granuloimler LMDF için özgündür. Tipik olarak adneksiyal yapıların kompleksliğinde izlenen granuloimlara sıklıkla kronik infiltrat eşlik eder.^[7] Granulom yapısında bulunabilen dev hücreleri çevreleyen lenfoid birikim görülebilir.^[10]

LMDF'nin etyopatogenezinde pek çok teori öne sürülmüşse



Şekil 2. Papülün histopatolojik incelenmesi (HE; x100).

de bunlardan en çok kabul göreni LMDF'nin granulatöz rosaceanın bir alt tipi olmasıdır.^[11] Ayırıcı tanıda sarkoidoz, tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonları, derin fungal enfeksiyonlar, akne vulgaris, milia ve siringomlar düşünülmelidir.^[12]

Sıklıkla kendi kendini sınırlayan bir dermatoz olan LMDF'de lezyonlar ortalama 12-24 ay içinde skar dokusu bırakarak spontan gerileme gösterirler.^[9] LMDF tedavisinde sistemik (tetrasiklin, düşük doz isotretionin, dapson, kortikosteroid, immunsupresanlar) ve topikal (kortikosteroidler, takrolimus, psoralen ile kombine UV- A tedavisi) tedavi seçenekleri mevcuttur.^[9, 12] Tedaviye erken dönemde başlanması hem hastalık süresini kısaltmakta hem de skar oluşumunu azaltmaktadır.^[6]

Bizim hastamızda doksisisiklin tedavisine yanıtızsılığı nedeniyle başlanan 50 mg/gün sistemik dapson ve topikal takrolimus tedavisine hızlı yanıt alındı. Tedavinin birinci ayından itibaren lezyonlarda belirgin gerileme ve iyileşen lezyonlarda skar oluşumu gözlemlendi. Nadir görülen bu LMDF olgusunu tedaviye verdiği hızlı yanıt nedeniyle tedavi seçenekleri arasında dapson ve topikal kalsinörin inhibitörlerinin akıldan tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – A.A.Ç., E.A.K.; Tasarım – A.A.Ç.; Kontrol – İ.K.A.; Materyal – A.A.Ç., E.A.K.; Veri toplama ve/veya işleme – A.A.Ç., E.A.K., Ö.Y.; Analiz ve/veya yorumlama – E.A.K., Ö.Y.; Kaynak taraması – E.A.K.; Yazan – E.A.K.; Kritik revizyon – A.A.Ç.

Kaynaklar

1. Fox T. Disseminated follicular lupus (simulating acne). *Lancet* 1878;112:75–6.
2. Esteves T, Faria A, Alves R, Marot J, Viana I, Vale E. Lupus miliaris disseminatus faciei: a case report. *Dermatol Online J* 2010;16:10.
3. Rocas D, Kanitakis J. Lupus miliaris disseminatus faciei: report of a new case and brief literature review. *Dermatol Online J* 2013;19:4.
4. Koike Y, Hatamochi A, Koyano S, Namikawa H, Hamasaki Y, Yamazaki S. Lupus miliaris disseminatus faciei successfully treated with tranilast: report of two cases. *J Dermatol* 2011;38:588–92.
5. Dekio S, Jidoi J, Imaoka C. Lupus miliaris disseminatus faciei- report of a case in an elderly woman. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:295–6.
6. Gupta D, Dewan SP, Kaur A, Malhotra SK, Kaur S, Gambir ML. Lupus miliaris disseminatus faciei. *Indian J Dermatol* 1996;62:371–2.
7. Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK, Belum VR, Sharma S. Lupus miliaris disseminatus faciei. Part I: Significance of histopathologic undertones in diagnosis. *Skinmed* 2005;4:151–6.
8. Sehgal VN, Shrivastava G, Aggarwal AK, Reddy V, Sharma S. Lupus Miliaris Disseminatus Faciei Part II: An Overview. *Skinmed* 2005;4:234–8.
9. Al-Mutairi NA. Nosology and therapeutic options for lupus miliaris disseminatus faciei. *J Dermatol* 2011;38:864–73.
10. Hillen U, Schröter S, Denisjuk N, Jansen T, Grabbe S. Axillary acne agminata (lupus miliaris disseminatus faciei with axillary involvement). *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4:858–60.
11. Tokunaga H, Okuyama R, Tagami H, Aiba S. Intramuscular Triamcinolone Acetonide for Lupus Miliaris Disseminatus Faciei. *Acta Derm Venereol* 2007;87:451–2.
12. Amiruddin D, Mii S, Fujimura T, Katsuoka K. Clinical evaluation of 35 cases of lupus miliaris disseminatus faciei. *J Dermatol* 2011;38:618–20.