

Bir Lupus Miliaris Disseminatus Faciei Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Aslı Aksu Çerman¹, Ezgi Aktaş Karabay¹, Özben Yalçın², İlknur Kıvanç Altunay¹

ÖZET:

Bir lupus miliaris disseminatus faciei olgusu ve literatürün gözden geçirilmesi

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

Olgu: 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.

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

Anahtar kelimeler: Dapson, granülom, lupus miliaris disseminatus faciei

ABSTRACT:

A case of lupus miliaris disseminatus faciei and a brief review of the literature

Objective: Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF), is a rarely seen, granulomatous disease of the face with an unknown etiology. Clinically the disease is characterized by monomorphic, reddish-brown, dome-shaped papules symmetrically distributed on the face. Histopathologically perifollicular caseating granulomas is the hallmark.

Case: 20-year-old male patient was referred to our outpatient clinic with multiple papules distributed on his face and the diagnosis of LMDF was made with histopathological examination. The patient was unresponsive to the oral tetracycline treatment, but successfully treated with systemic dapson and topical tacrolimus.

Conclusion: This case is presented due to its rarity and the rapid improvement of the patient with dapson therapy.

Keywords: Dapson, granuloma, lupus miliaris disseminatus faciei

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2017;51(X):XX-XX



¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul - Türkiye

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Ezgi Aktaş Karabay,
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail:
ezgiii.aktas@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
8 Şubat 2017 / February 8, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:
3 Nisan 2017 / April 3, 2017

GİRİŞ

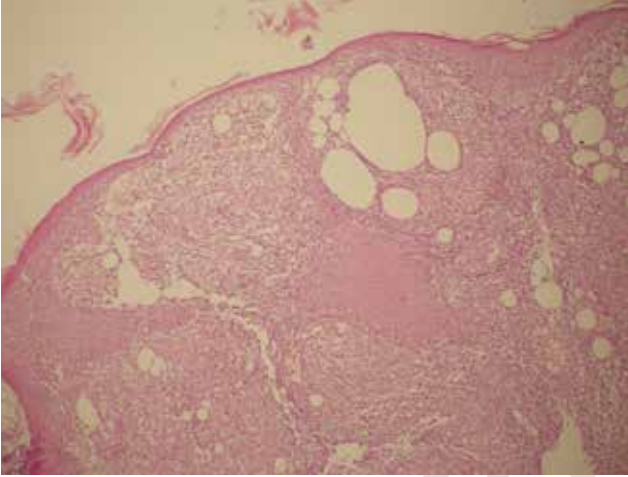
Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) ilk kez 1877'de Fox ve ark. (1) tarafından tanımlanan, literatürde yaklaşık 200 olgunun bildirildiği nadir görülen bir dermatozdur (2). LMDF papülündeki kazeifikasyon nekrozunun sebebi olarak önceleri mycobacterium tuberculosis daha sonra demodex folliculorum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

OLGU

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 inceleme-



Şekil-1: Lupus miliaris disseminatus faciei: A) hastanın yüz bölgesinde çok sayıda kırmızı-kahverenkli papüller. B) Perioral bölgede yoğunlaşan papüler lezyonlar.



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

sinde yüzeşte hiperkeratoz, epidermiste hafif akantoz, dermiste granülom yapıları, fokal alanda etrafında epiteloit histiositler, multinükleer dev hücre ve lenfositleri içeren kazeifikasyon nekroz alanı, perivasküler, perifoliküler interstisyel lenfositik infiltrasyon alanı mevcuttu (Şekil-2). Ziehl-Nelson veya Periodik Asit Schiff (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 görül-

medi. Sistemik dapson 50 mg/gün ve topikal takrolimus tedavisi başlanan hastada tedavinin birinci ayında lezyonlarda belirgin gerileme izlendi.

TARTIŞMA

LMDF daha çok genç erişkinlik çağında görülen ve her iki cinsi eşit oranda etkileyen kronik seyirli, granümatöz, 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, periorifisyel 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, epiteloit hücrelerden oluşan perifoliküler granülomlar LMDF için özgündür. Tipik olarak adneksiyel yapıların komşuluğunda izlenen granülomlara sıklıkla kronik infiltrat eşlik eder (7). Granülom yapısında bulunabilen dev hücreleri çevreleyen lenfoid birikim görülebilir (10).

LMDF'nin etyopatogenezinde pek çok teori öne sürülmüşse de bunlardan en çok kabul göreni LMDF'nin granümatöz 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 yanıt-sızlığı nedeniyle başlanan 50 mg/gün sistemik dap-

son 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 kalsinörün inhibitörlerinin akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Fox T. Disseminated follicular lupus (simulating acne). *Lancet* 1878; 112: 75-6. [CrossRef]
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 D1, Kanitakis J. Lupus miliaris disseminatus faciei: report of a new case and brief literature review. *Dermatol Online J* 2013 15; 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. [CrossRef]
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. [CrossRef]
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, Shrivasta G, Aggarwal AK, Reddy V, Sharma S. Lupus Miliaris Disseminatus Faciei Part I: Significance of Histopathologic Undertones in Diagnoses. *Skinmed* 2005; 4: 151-6. [CrossRef]
8. Sehgal VN, Shrivasta G, Aggarwal AK, Reddy V, Sharma S. Lupus Miliaris Disseminatus Faciei Part II: An Overview. *Skinmed* 2005; 4: 234-8. [CrossRef]
9. Al-Mutairi NA. Nosology and therapeutic options for lupus miliaris disseminatus faciei. *J Dermatol* 2011; 38: 864-73. [CrossRef]
10. Hillen U, Schröter S, Denisjuk N, Jansen T, Grabbe S. Axillary acne agminata (lupus miliaris disseminatus faciei with axillary involvement). *JDDG* 2006; 4: 858-60. [CrossRef]
11. Tokunaga H, Okuyama R, Tagami H, Aiba S. Intramuscular Triamcinolone Acetonide for Lupus Miliaris Disseminatus Faciei. *Acta Derm Venereol* 2007; 87: 451-2. [CrossRef]
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. [CrossRef]