

Rinofima Olgu Sunumu **Rhinophyma Case Report**

Önder Sezer ¹, Selen Soyluol ², Binnur Tağtekin Sezer ³

¹ Uzm.Dr., Abana İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği, Kastamonu, Türkiye.

² Asist.Dr., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye.

³ Uzm.Dr., Türkeli Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği, Sinop, Türkiye.

Özet

Akne rozasea kronik, yineleyici, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Yüzün orta kısmında gözlenen geçici veya kalıcı eritem, telanjiektaziler, papül ve püstüllerle karakterizedir. Oluşturduğu kozmetik sorun ile hastaların psikolojik ve sosyal hayatını etkileyebilir ve özgüven kaybına neden olabilir. Sıklıkla açık tenli kadınlarda, en sık 30-40'lı yaşlarda görülür. Dört alt grubu içinde en yaygın görüleni eritematotelenjiyektazik formdur (%80). Seksen iki yaşında erkek hasta olan olgunun burnunda şekil bozukluğu, şişlik ve kızarıklık yakınmaları 40 yıl önce başlamış. Çeşitli ilaçlar kullanmasına rağmen şikayetleri artarak devam etmiş. Zaman zaman burnunda nefes almasını engelleyecek kadar şişlik olmuş. Fizik muayenesinde burunda eritem ve ödem, yer yer telanjiektaziler haricinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın fimatöz karakterde akne rozaseası olduğu tespit edildi. Topikal retinoid ve azeleik asit tedavisi verildi. Takiplerinde ikinci haftada bulguların gerilediği tespit edildi. Aile Hekimliği'nin biyopsikososyal anlayışı dahilinde yapılacak medikal tedavi ve karşılıklı güvene dayalı terapiler ile, çok geniş bir yelpazede bu ve bunun gibi kozmetik hastalıklardan etkilenen insanların hayat kalitelerinin artırılması amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akne rozasea, azeleik asit, rinofima, topikal retinoik asit.

Abstract

Acne rosacea is a chronic, relapsing, inflammatory skin disease. It has characteristics of papule, pustule, telangiectasia and mid-face erythema. Because of the cosmetic problems, it affects patient's psychological and social life; also causes lack of self confidence. Acne rosacea is usually a disease of 30-40 years old, light skinned women. It has four subgroups, mostly seen is erythematotelangiectasic form (80%). Eighty-two years old male patient had deformation, swelling and redness complaints on his nose for about forty years. He had used various drugs but his complaints have increasingly continued. Time to time he had breathing problems. Physical examination findings are erythema and oedema on the nose and several telangiectasia on his face. Phymatosis Acne Rozasea diagnosed. Topical retinoic acid and azelaic acid treatment applied. At the second week of treatment, regression of findings and complaints observed. Within biophysicosocial discipline of family medicine, using medical treatment and doctor-patient trust, improvement in quality of life of patients suffering cosmetic problems is the main goal.

Key words: Acne rosacea, azelaic acid, rhinophyma, topical retinoic acid.

Kabul tarihi: 13.12.2013

Olgu

Seksen iki yaşında erkek hasta, emekli trafik polisi; yaklaşık 40 yıl önce burnunda kaşıntı, şekil bozukluğu ve kızarıklık başlamış. Bunun üzerine gittiği doktorların yazdığı çeşitli ilaçları kullanmış ancak şikayetleri artarak devam etmiş. Burnunda zaman zaman nefes almasını engelleyecek kadar şişlik oluyormuş (resim 1) (resim 2).

Resim 1. Burundaki şişlik önden görünüş



Resim 2. Burundaki şişlik yandan görünüş



Hatırladığı ilaçları metronidazol ve üre içeren bir krem ile ornidazol içeren tabletlerdi. Bu ilaçlar burun şişliğini azaltsa da tamamen geçirmemiş. Halen senede 2-3 kez benzer ataklar yaşayan hastanın, yüzündeki bu görüntü sinirlerini bozuyor, özgüvenini azaltıyor ve toplum içindeki durumunu kötü yönde etkiliyormuş. Sokakta yürürken çocuklar tarafından alay konusu olmaktan çok rahatsızlık duyuyormuş. Hasta bu sorunları için psikiyatrik destek almamış.

Özgeçmişinde 10 yıl önce benign prostat hiperplazisi nedeniyle geçirilmiş operasyon, 8 yıl önce ağır bir pnömoni atağı, 4 yıl önce kolesistektomi öyküsü mevcut. Soygeçmişinde torununun saçlı derisinde akneler ile seyreden şikayetleri mevcut. On beş yıldır sigara içmeyen hastanın 20 paket/yıl sigara öyküsü var. Alkol kullanımı 15 yıllık sosyal içici.

Yapılan fizik muayenesinde beyaz tenli olduğu gözlenen hastanın burnunda eritematöz görünüm, nodüler büyüme, gözeneklerde belirginleşme, yapısal deformite, bilateral maksiler bölgede telenjektaziler mevcuttu. Hastaya akne rozaseanın lokalize formu olan fimatöz rozasea tanısı konularak topikal tretinoin (retinoik asit) ve azelaik asit tedavisi başlandı.

Tartışma:

Rozasea; kronik, yineleyici, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sıklıkla yüzün orta kısmında gözlenen geçici veya kalıcı eritem, telenjektaziler, papül ve püstüllerle karakterizedir. Yüzde oluşturduğu kozmetik sorun ile hastaların psikolojik ve sosyal hayatını etkileyebilen, özgüven kaybına neden olabilen bir hastalıktır. Olguda da benzer sorunlar

yaşanmıştır. Prevalansı İsveç'te yapılan çalışma verilerine göre %10 olarak bildirilmektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 14 milyon kişinin bu hastalıktan etkilendiği bilinmektedir. Ancak Türkiye'ye ait epidemiyolojik çalışma yoktur (2). Sıklıkla açık tenli kişilerde görülmesine karşın tüm deri tiplerinde gözlenebilir. En sık 30 ve 40'lı yaşlarda görülür. Sıklığı kadınlarda daha fazlayken, erkeklerde daha ciddi boyutlarda seyretmektedir (3). Çocukluk çağında nadir de olsa görülebilir. Ailesel yatkınlık %30-40 oranındadır (2). Olgunun da şikayetleri kırklı yaşlarda başlamıştı ve torununda da benzer şikayetler mevcuttu.

Rozaseanın ilk tıbbî tanımlaması 14. yüzyılda Dr. Guy de Chauliac tarafından yapılmış olmasına rağmen halen hastalığın etiopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır (3). Etiyolojide suçlanan faktörler arasında genetik yatkınlık, infeksiyöz etkenler (özellikle propionibacterium acnes ve demodex folliculorum maytları), kıl ünitesi bozuklukları, çevresel etmenler, güneş hasarı, bağ dokusu hasarlanması, psikojenik etmenler, vazomotor instabilite, immunolojik mekanizmalar ve medyatörler bulunmaktadır. Hastalık Kuzey Avrupa kökenli ve açık tenli bireylerde daha sık görülmektedir. Enfeksiyöz etkenlerden H. pylori ve Demodex maytlarının rozasea etyolojisindeki yeri tam olarak kanıtlanamamıştır (2).

Rozaseanın eritematotelanjiektatik, papülopüstüler, fimatöz ve oküler olmak üzere 4 alt grubu vardır (tablo 1) (4). Bu sınıflama Nisan 2002 yılında Journal of the American Academy of Dermatology'de yayınlanmıştır. Buna göre, hastalığın birincil özellikleri yüzün orta hattını tutan flashing, kalıcı eritem, telenjektaziler,

papül ve püstüllerdir. İkincil özellikleri ise ciltte ödem, kuruluk, plak oluşumları, batıcı tarzda yanma hissidir (5).

Tablo1: Rozase alt grupları

Alt grup	Özellikler
Eritematotelanjiektatik	Kızarıklık atakları, yüzün orta kısmında eritem, telanjiektazi, yanma, batma, kuruluk, deskuamasyon gözlemlenebilir.
Papulopüstüller	Yüzün orta kısmında kalıcı ödem, papül ve püstüller. Telanjiektazi eşlik edebilir.
Fimatöz	Deride kalınlaşma, kabalaşma, doku hiperplazisi, nodüller.
Oküler	Gözde yanma, batma, kuruluk, yabancı cisim hissi, fotosensitivite. Konjunktivada telanjiektazi olabilir.

En yaygın görülen şekli eritematotelanjiektatik formudur. Rozasea olgularının %80'ini oluşturur. Teşhisi doğrulayacak herhangi bir laboratuvar testi yoktur, tanısı klinik ile koyulur (6). Sunulan vaka fimatöz alt grubuna dahil olan ilerlemiş bir Rinofima hastasıdır.

Akne rozase, dört klinik evreye bölünebilir. Evre 1, birkaç saatten gün ve haftalara kadar sürebilen ısrarlı bir eritemle karakterizedir. Telenjiektazi ve çoğu zaman belirgin ölçüde aktinik hasar vardır. Evre 2, inflammatuvar devre olup ve papül ve püstüller mevcuttur. Evre 3, daha derinde yerleşmiş bir inflamasyon ile karakterizedir ve nodül olduğu kadar plağımsı inflamasyon da gözlenir. Bu süreç yüz hatlarına zarar verme eğilimindedir. Evre 4, konnektif doku hiperplazisine sebep olan konnektif doku değişikliklerini sunar. Klinik olarak fima (phyma) şeklinde kendini gösterir.

Tanı daha çok klinikle konulur. Yapılan bir çalışmada lezyonlardan alınan doku örneklemelerinde bakılan IL-8, CXCL1, CXCL2, CXCL3, CXCL5, CXCR1, CXCR2 düzeyleri sağlıklı popülasyona göre artmış bulunmaktadır. Bu düzeyler subtiplere göre de farklılık göstermektedir (7).

Akne rosacea için mevcut tedaviler yetersiz kalmaktadır (8). Birinci basamak tedavisi topikal ve oral ilaçların kullanımını içerir. Genellikle, birlikte kullanılan topikal ve oral ilaçlarla daha iyi sonuçlar elde edilir. Topikal retinoidler, topikal klindamisin ve benzoil peroksit gibi diğer bileşikler, salisilik asit, azelaik asit ve kükürt sülfasetamidin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Oral

antibiyotikler, özellikle tetrasiklinler ve metronidazol rozacea için düşük antimikrobiyal dozlarda kullanılabilirler. Oral hormon preparatları olarak etinil östradiol ve siproteron birlikte kullanımı veya 5-alfa redüktaz aktivitesini azaltan spironolakton kullanımı giderek popülerite kazanan tedaviler arasındadır (9). Flashing tedavisinde profilaktik olarak β -blokerler kullanılabilir. Antihistaminikler, siproheptadin, steroidler, kalsiyum kanal blokerleri, metiserjid, haloperidol, indometazin gibi ilaçlar genellikle etkisiz kalmaktadır (3). Özellikle bazı hastalarda steroid kullanımının lezyonları kötüleştirebileceği belirtilmektedir (9). Rinofimada dekortikasyon, elektrokoterizasyon ile CO₂ lazer tedavisi gibi cerrahi yöntemler gündeme gelmektedir. Ayrıca hastalara alın, yanak ve buruna uygulayacakları birkaç dakikalık çeşitli masajlar da tavsiye edilebilir. Kadınlar makyaj ile eritem ve telenjiektazileri kolaylıkla saklayabilmektedirler (3). Son zamanlarda tedavide fotodinami ve yağ bezlerini yok eden lazer yöntemine artan bir eğilim vardır (9).

Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda akla ilk olarak Akne Vulgaris gelmektedir. Akne vulgaris ve Akne Rozasea görüntü olarak aynı lezyonlara sebep olsalar da, patofizyoloji olarak birbirlerinden farklı hastalıklardır. Akne Vulgaris daha genç yaşları tutan bir hastalık olup hastalarda eritem ve telenjiektazi gibi vasküler komponentler yoktur. Rozaseada akne vulgaristen farklı olarak okuler tutulum da gözlemlenebilir (9). Akne Vulgariste açık ya da kapalı komedon, fibrotik nodül ve skarların

olması tanıyı kolaylaştırabilir. Seboreik dermatit, sıklıkla rozaseaya eşlik edebilir. Saçlı deri, kaşlar, dış kulak yolu ile retroauriküler bölgelerde eritem ve skuam gözlenmesi önemli ipuçları olabilir. Sistemik lupus eritematozusta yüzde gözlenen eritem, rozasea ile karıştırılabilirse de rozaseanın diğer lezyonları yoktur. Kronik diskoid lupusta ise pigmentasyon değişiklikleri, atrofi ve skarlar izlenir. Polimorf ışık erüpsiyonu, özellikle yaz başlarında eritematöz papüller ve egzamatöz plaklarla seyreden bir fotodermatozdur. Ani ve ciddi gelişen flaşing atakları nedeniyle Karsinoid

Sendrom da, idrarda bakılacak olan 5-hidroksiindolasetik asit düzeyi ile ekarte edilmelidir. Haber Sendromu; ailesel, rozasea benzeri bir genodermatoz olup, kalıcı fasiyal eritem, telenjektazi, foliküler ve verrüköz papüller ve atrofik noktasal skarlarla karakterizedir (tablo 2). Lupus miliyaris, disseminatus fasiei, dermatomyozit, erizipel, folikülit, dermatofit enfeksiyonları, sarkoidoz, lenfoma ve lupus vulgaris gibi pek çok dermatolojik hastalık da ayırıcı tanıda akla getirilmelidir (3).

Tablo 2. Ayırıcı tanı

Akne vulgaris	Daha genç yaşlarda görülür. Hastalarda eritem ve telenjektazi gibi vasküler komponentler yoktur. Rozaseada da açık ya da kapalı komedon, fibrotik nodül ve skarların olmaması tanıyı kolaylaştırabilir
Seboreik dermatit	Sıklıkla rozaseaya eşlik edebilir. Saçlı deri, kaşlar, dış kulak yolu ile retroauriküler bölgelerde eritem ve skuam gözlenir.
SLE	Yüzde gözlenen eritem, rozasea ile karıştırılabilirse de rozaseanın diğer lezyonları yoktur.
Polimorf ışık erüpsiyonu	Özellikle yaz başlarında eritematöz papüller ve egzematize plaklarla seyreden bir fotodermatozdur.
Karsinoid sendrom	Ani ve ciddi gelişen flashing atakları nedeniyle karsinoid sendrom da, idrarda bakılacak olan 5-hidroksiindolasetik asit düzeyi ile ekarte edilir.
Haber sendromu	Ailesel, rozasea benzeri bir genodermatoz olup, kalıcı fasiyal eritem, telenjektazi, foliküler ve verrüköz papüller ve atrofik noktasal skarlarla karakterizedir.

Sonuç

Özellikle kadınlarda daha sık görülen Akne Rozasea hastalığı, erkeklerde daha sıkıntılı seyretmekte ve tam anlamıyla tedavi edilememektedir. Etyopatogenezin tam anlamıyla açıklanamamış olmasının bu duruma katkısı büyüktür. Psikososyal açıdan insanların toplum içindeki özgüvenlerini kaybetmelerine, evlerine hapsolmalarına ve sosyal ortamlarından uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Günümüzde uygulanan çok çeşitli tedaviler deneySELLikten öteye pek fazla gidememiştir. Hastalığın gerilemesi ve nüksleri önlemek üzerine topikal, sistemik ve cerrahi uygulamalar yapılmaktadır (1). Aile Hekimliği'nin biyopsikososyal anlayışı dahilinde yapılacak medikal tedavinin yanında, karşılıklı güvene dayalı terapiler ile, çok geniş bir yelpazede bu ve bunun gibi kozmetik

hastalıklardan etkilenen insanların hayat kalitelerinin artırılması amaçlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Aaron F, Cohen, MD, Jeffrey D, Tiemstra, MD. Diagnosis and Treatment of Rosacea. J Am Board Fam Med 2002;15(3).
2. Bakar Ö, Demirçay Z. Rozasea etyopatogenezi ve yeni sınıflaması. Turkderm 2007;41(3):77-80.
3. Arıcan Ö. Rozaseada etyopatogenezi, tanı ve tedavi. Genel Tıp Dergisi 2005;15(1):35-41.
4. van Zuuren EJ, Kramer SF, Carter BR, Graber MA, Fedorowicz Z. Effective and evidence-based management strategies for Rosacea, The British Journal of Dermatology 2011;165(4):760-81.
5. Preboth M. Clinical Briefs. Am fam physician 2002;65(12):2592-8.

6. Oğuz O, Serdaroğlu S. Dermatolojide gelişmeler. Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği, İstanbul, 1998;7-15.
7. Aubert J, Steinhoff M, Rivier M, Voegel J. Markers and method for the diagnosis of rosacea. US 2013/0017969 A1. January17, 2013.
8. Önder M, Adışen E. Photographic evaluation of 15% Azelaic Acid gel in Acne Rosacea. J Turk Acad Dermatol 2008;2(3):jtad82301a.
9. Lindsay C, Strowd MD. Current Treatment Options for Acne Vulgaris and Acne Rosacea.

The Dermatologist. Current Treatment Strategies in Dermatology. August 2012;7-14.

İletişim:

Uzm.Dr. Önder Sezer
Abana İlçe Devlet Hastanesi
Abana, Kastamonu, Türkiye
Telefon: +90.506.5041590
Faks: +90.366.5641151
E-mail: ondersezerdr@gmail.com