

Rozase

Yrd.Doç,Dr.Mustafa ŞENOL

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji, ABD, MALATYA

TANIM

Eskiden "Akne Rozase" adıyla bilinen bu tablo, akne vulgaris ile bir ilgisi olmamasından dolayı son zamanlarda "Rozase" adıyla tanımlanmaktadır. Rozase, genellikle orta yaştan sonra ve kadınlarda sık görülen, yüzün seboreik bölgelerinde yerleşen, eritemli-telenjektazik bir zemin üzerinde papül, püstül ve bazen de nodüller ile karakterize kronik enflamatuvar bir hastalıktır. Burunda, sebase bezlerin ve bağ dokusunun hipertrofisi ile oluşan ve daha çok erkeklerde görülen özel bir tipten ise "Rinotima" denmektedir (1-11).

ETYOLOJİ

Rozase, sebebi iyi bilinen bir hastalıktan ziyade, çeşitli sebeplerle ortaya çıkan kutanöz bir reaksiyondur (6,9,10).

1. Endokrin faktörler: Hastalığın özellikle menapozal dönemdeki kadınlarda fazla görülmesi, tabloda endokrin bir yön olabileceğini düşündürmektedir. Fakat yapılan çalışmalarda, serum östrojen-androjen seviyelerinde, östrojen-androjen reseptör dağılımında, sebum salgılanma hızında ve lipid kompozisyonunda, kontrollerden anlamlı bir farklılık gösterilememiştir (1,3,4,6,9,11-13).

2. **Vazomotor** dengesizlik: Hastalığın etyo-patojezinde vazodilatasyonun önemli bir rolü vardır. Vazodilatasyonda emosyonel faktörlerin, iklim şartlarının, genetik yatkınlığın, diyetin, menapozun, sistemik vasküler bir bozukluğun etkili olabileceği ileri sürülmüştür. İklim faktörleri ve genetik yatkınlık sonucu konnektif dokuda bir distrofi olduğu, konnektif doku desteğindeki azalmanın da vasküler ve lenfatik genişlemeye yol açtığı düşünülmektedir (1,2,6,8-11,14).

3. Demodex folliculorum: Bir saprofit olan bu parazit, kıl foliküllerinde (D.folliculorum) ve sebase bez-

lerde (D.brevis) sıklıkla bulunmaktadır. Bunların kendileri veya bazı kısımları antijenik özellik kazanarak otolmün bir olaya yol açıyor olabilirler. Demodex'lenn yabancı cisim reaksiyonu ve granülasyon dokusuna sebep olmaları da mümkündür (1,3,4,6-8,10,11,15-17).

4. Fokal enfeksiyon odakları:Jinjit, sinüzit, kolisit gibi enfeksiyon odaklarının da rozase etyolojisinde rolü olabileceği ileri sürülmüştür (1,6,7,8,9,10,11).

5. Dijestif bozuklar: Pozasede özellikle aklorhidri ve gastrit'in rol oynayabileceği düşünülmüş fakat hastaların çoğunda gastrointestinal sistem normal bulunmuştur (7,9-11).

6. Psikojenik faktörler: Çeşitli çalışmalar emosyonel stresin rozaseyi provoke ettiğini göstermektedir. Tersine rozase belirtileri de psikolojik bozukluklara yol açabilir (8,9).

7. İmmünolojik bozukluklar: Bazı araştırmalar, rozasell hastaların doku biyopsilerinde, bazal membran zonunda immunoglobulin ve kompleman depolanması olduğunu göstermiştir. Muhtemelen bazal lamina altında bulunan tip IV kollajen ve DNA, solar etki ile tahrip olmakta, ortaya çıkan ürünler de dolaşan antikorları bağlamaktadır (6,11,18-20).

KLİNİK BULGULAR

Rozasenin başlangıcı oldukça sinsidir. Önceleri geçici bir vazodilatasyon ve eritem görülür. Bu eritemi açık tenli kişilerde ve güneşe fazla maruz kalanlarda daha belirgindir. Olay tekrarladıkça eritem sabit karakter kazanır, yer yer telenjektaziler belirir. Bir müddet sonra bu eritemli-telenjektazik zemin üzerinde papül ve püstüller papüllerden daha az sayıdadırlar. Bazen granüloamatöz nodüler lezyonlar da görülebilir. Bazı vakalarda sadece eritem ve telenjektazi, bazılarında da sadece papül ve püstüller bulunabilir (1-4,7-11). Başlangıç yaşı genelde orta veya daha yukarı yaşlar olmakla birlikte hastalık, çocuklarda da görülebilmektedir (21) (Şekil 1,2).

Rinofima, daha çok erkeklerde görülen, sebase bez ve bağ dokusu hipertofisine bağlı bir olaydır. Burun derisi kalınlaşmış, foliküller çok belirgin bir hal almışlar-

Geliş Tarihi: 20.10.1993

Kabul Tarihi: 26.01.1994

Yazışma Adresi: Yrd.Doç,Dr.Mustafa ŞENOL
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD, MALATYA



Şekil 1. Aktif dönemde bir rozase



Şekil 2. Bir başka rozase vakası

dır. Burun parlak kırmızı veya morumsu bir renk almıştır. Rinofima daha çok alkol alanlarda görülür (1-4,7-10).

Perioral dermatit ve pyoderma faciale, rozasenln değişik görünümlü klinik şekilleri olarak kabul edilmektedir (1-6,8,9,22).

TurkJ Dermatol 1994. 4

Rozase ile birlikte çeşitli göz rahatsızlıkları da görülebilir. Bilefarit, konjunktivit, episklerit, iritis ve keratit tabloya iştirak edebilir. Gezde yabancı cisim hissi, batma ve yanma vardır, sulanma olabilir. Etitemin şiddeti ile göz bulguları arasında paralellik vardır. Oküler ve kutanöz lezyonlar arasındaki ilişkinin mekanizması henüz tam olarak anlaşılamamıştır (1-4,7-10,17,23) (Şekil 3).

LABORATUVARBULGULARI

Hastalarda çok seyrek olarak aklorhidri görülebilmektedir, Gastroskopide atrofik, hipertrofik veya yüzeyle gastrit bulunabilir (8). Sebase bölgelerden alınan materyalin mikroskopik incelemesinde sıklıkla demodexler görülebilmektedir (1,3,4,8,10,16). Bazı çalışmalarında dermo-epidermal kavşakta immunoglobulin ve kompleman depolanmaları gösterilmiştir. (18-20,24). Doppler flovmetri ile yapılan araştırmalar, kan akımında üç-dört misli bir artış olduğu sonucunu vermektedir (10,11).

HİSTOPATOLOJİ

Eritemli bölgelerde vazodilatasyon ve nonspesifik dermal lenfositik infiltrasyon vardır. Üst dermişte ödem, fibrillerde disrofi ve elastosis bulguları görülür. Papülopüstüler lezyonlarda, komedon hariç akne vulgaristeki bulgular vardır. Enflamatuar dönemlerde lenfositler, histiositler, nötrofiller, plazma hücreleri ve yabancı cisim dev hücreleri tabloya hakimdir. Rinofimada sebase bezler, konnektif doku ve vasküler yapılar hipertrofinin yanında, dermişte yoğun lenfositik infiltrasyon mevcuttur (1,3,4,8).

AYIRICI TANI

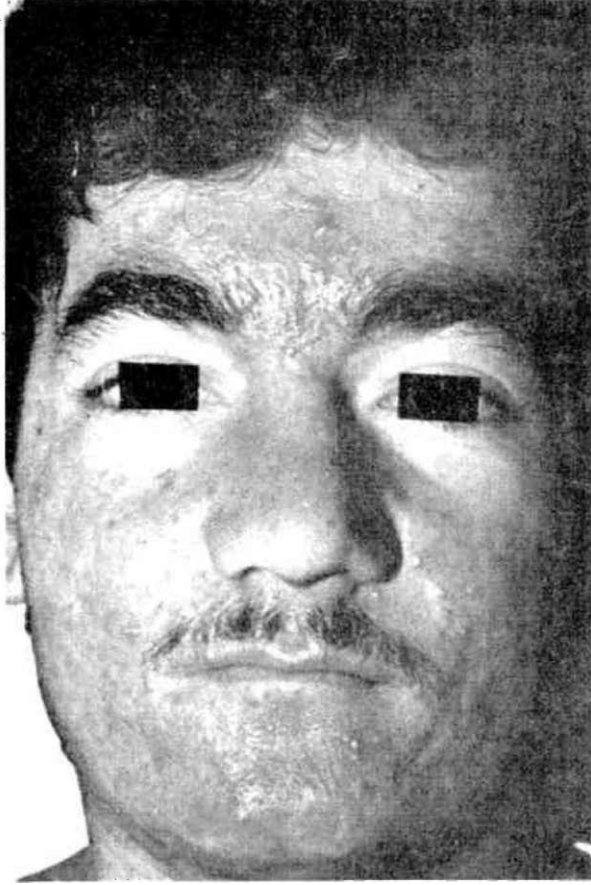
Rozase; karsinoid sendrom, akne vulgaris, lupus eritematozus, seboreik dermatit, bromoderma, iyododerma, papüler sifilid, lupus vulgaris gibi tablolardan ayırd edilmelidir (1,17) (Şekil 4,5).

TEDAVİ

Hasta provokatif faktörlerden (emosyonel stres, aşırı sıcak, soğuk ve güneş ışığı, sıcak içecekler, alkol, acılı-baharatlı gıdaları korunmaya çalışır.



Şekil 3. Oküler rozase



Şekil 4. Akne vulgaris'e benzer bir rozase tablosu



Şekil 5. Rozase ile birlikte akne vulgaris

Sistemik tedavide tercih edilecek ilaç tetrasiklidir, Tetrasiklm; antibiyotik, antiseboreik ve lökosit kemotaksisini önleyici etkileriyle faydalı olmaktadır. 2x250 mg'la başlanıp 1x250 mg'la uzun süre idame tedavisi uygulanır (1-3,5,9,25).

Sistemik tedavide diğer bir alternatif de metronidazoldür. 2x200 mg olarak kullanılır. D.folliculorum üzerine antiparazitik etkisiyle iyileşme sağlamaktadır. Topik olarak ta kullanılabilir (1,3,4,7,9,15,26).

Sentetik bir retinoid olan isotretinoin de oldukça yüz güldürücü sonuçlar vermektedir (1 -4,8).

Topikal tedavide; %5-15'lik kükürt, topikal antibiyotikler (erltromisin, klindamisin), zayıf etkili kortikosteroidli krem ve losyonlar, soğuk borik asit kompresleri, metronidazol ve ketokonazol krem, oldukça faydalı ilaçlardır (1 -4,8,9,15,27).

Menapozal dönemdeki kadınlara östrojen verilebilir (1,9).

Telenjektaziler epilasyon iğneleri ile koagüle edilebilir (8).

Rlnofimada, oral spironolactone ile de iyi sonuçlar alındığı bilinmektedir (27) fakat bazen cerrahi tedavi gerekebilir (1,3,4,8,9).

PROGNOZ

Rozase, ekzaserbasyon ve remisyonlarla seyreden dinamik bir dermatozdur. Uzun bir sürede şiddeti artarak yavaş yavaş yayılır. Spontan remisyon pek görülmez. Rinoforma da zaman içinde yavaş olarak kötüleşme yönünde ilerler, cerrahi tedaviye rağmen tekrarlayabilir (1 -4,7-11).

KAYNAKLAR

1. Adnold HL, Odom RB and James WD, editors. Rosacea, In: Andrews' Diseases of The Skin. Philadelphia: WB Saunders, 1990; 263-4
2. Buxton PK. Acne and rosacea. Br Med J 1988; 2/296:41.
3. Marks R and Wilkinson DS. Rosacea and perioral dermatitis. Rook R et al editors. Textbook of Dermatology London: Blackwell, 1986; 1913-29.
4. Pochi PE. Acne rosacea. Clinical Dermatology. Philadelphia. Harper and Row 1987; 10-5.
5. Pochi PE. Acne vulgaris and losacea. Current Therapy. 1987; 621-25.

6. Ramelet AA. Rosacea: Disease or reaction pattern? *Dermatológica* 1988; 173/2:53-5.
7. Savaşkan H Akne Rozase. *Dermatoloji, istanbul. Anka Ofset*, 1985; 526.
8. Strauss JS. Rosacea. In: Fitzpatrick T et al, editors. *Dermatology in General Medicine*. New York: Mc Graw-Hill, 1987: 679.
9. Wilkin JK. Rosacea. *Int J Dermatol* 1983;22/7:393-400.
10. Sibenge S, Gawkrödger D3. Rosacea: a study of clinical patterns *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(4): 590-3.
11. Perry JK. Rosacea. *Cutis* 1991; 48(5):406.
12. Burton JL, Pye JL., Meyrick G and Schuster S. The sebum excretion rate in rosacea. *Br J Dermatol* 1975; 92:541.
13. Pye RJ, Meyrick G and Burton JL. Skin surface lipid composition in rosacea. *Br J Dermatol* 1976; 94:161.
14. Wilkin JK, Vasodilator rosacea. *Arch Dermatol* 1980; 116:598.
15. Kürkçüoğlu N ve Atakan N. Metronidazole in the treatment of rosacea. *Arch Dermatol* 1984; 120/7:837.
16. Burns DA. Follicle mites and their role in disease. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17(3):52-5.
17. Donshik PC, Hoss DM, Enters WH. Inflammatory and papulosquamous disorders of the skin and eye *Dermatol Clin* 1992;10(3):533-47.
18. Baart de la FH and Baart de la FKEH. Immunofluorescent studies of the skin in rosacea. *Dermatologica* 1969; 139:49.
19. Jablonska S, Chorzelski T and Maciejowska E. The scope and limitations of the immunofluorescence method in the diagnosis of lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1970; 83:242,
20. Salo OP. SLE-like deposition of immunoglobulins in the skin in rosacea. *Ann Clin Research* 1970; 2:28
21. Drolet B, Paller AS, Childhood rosacea. *Pediatr Dermatol* 1992;9(1):22-6. •
22. Plewig G, Jansert T, Kligman AM. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea? *Arch Dermatol* 1992; 128(12):1611-7.
23. Albert DL, Brownstein S, Jackson WB. Conjunctival granulomas in rosacea. *Am J Ophthalmol* 1992;113(1):108-10.
24. Kurkcuoglu N, Alaybeyi F. Substance P immunoreactivity in rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25(4)725-6.
25. Sneddon IB. A clinical trial of tetracycline in rosacea. *Br J Dermatol* 1966; 78:649,
26. Nielsen PG. Metronidazole treatment in rosacea. *Int J Dermatol* 1938;27/1:1-5.
27. Aizawa H, Niimura M. Oral spironolactone therapy in male patients with rosacea. *J Dermatol* 1992; 19(5):293-7.