Anjiyoma Serpiginosum: Olgu Sunumu

Angioma Serpiginosum: Case Report

Berna Aksoy¹, Mahi Balcı², Aslı Hapa³, Hüseyin Üstün⁴

¹TDV 29 Mayıs Özel Ankara Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Özel TDV 29 Mayıs Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Bolu, Türkiye

⁴Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Anjiyoma Serpiginosum (AS) tipik olarak yama veya segmental paternde yerleşmiş minik vasküler noktalardan oluşur. Yirmi üç yaşında kadın hasta sol ayak ve bacakta üç yıldır var olan kırmızı lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ayak, ayak bilek ve bacak lateralinde eritemli makül ve yamalar tespit edildi. Alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi sonucunda olguya AS tanısı konuldu. Biz daha önce Türkçe tıbbi literatürde bildirilmiş benzer olguya rastlayamadık. Bu nedenle bu yazıda segmental tutulumu olan bir AS olgusu sunulması amaçlanmıştır. (*Türk J Dermatol* 2011; 5: 21-3)

Anahtar kelimeler: Anjiyoma serpiginosum, segmental

Geliş Tarihi: 04.09.2009

Kabul Tarihi: 15.02.2011

Abstract

Angioma Serpiginosum (AS) is composed of tiny vascular punctae located in a patch or segmental pattern. A 23-year-old female patient applied to the outpatient clinic with the complaint of red patches located in the left foot and leg of three years duration. On dermatological examination of the case, erythematous macules and patches were detected over the lateral side of her left foot, ankle and leg. A diagnosis of AS was reached following the histopathological examination of the punch biopsy specimen. We could not detect any similar case previously reported in the Turkish Medical Literature. For this reason, our aim was to present a case of AS with segmental involvement in this report. (*Türk J Dermatol* 2011; 5: 21-3)

Key words: Angioma serpiginosum, segmental

Received: 04.09.2009

Accepted: 15.02.2011

Giriş

Anjiyoma serpiginosum (AS) ilk olarak Hutchinson tarafından 1889'da tanımlanmış ve bugünkü ismi 1893 yılında Crocker tarafından verilmiştir (1, 2). AS ender görülen, yüzeysel kapillerleri tutan bir deri hastalığıdır (3, 4). AS lezyonları genellikle kadınlarda, alt ekstremitede, bebeklik ve erken çocukluk çağında, asimmetrik olarak ortaya çıkar ve zaman içinde ergenlik dönemine kadar yayılır (1-5). Lezyonlar tipik olarak yama veya segmental paternde, diaskopide tam olarak solmayan, eritemli

zeminde, peteşiyal olmayan, minik, kırmızı, mor veya bakır rengi vasküler noktalardan oluşur (2-6). Histopatolojik incelemede noktaların dermal papillalarda bulunan kapiller mikroanevrizma olduğu görülür (5).

Bu makalede segmental tutulumu olan bir AS olgusu sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Yirmi üç yaşında kadın hasta sol ayak ve bacakta kırmızı lekeler nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Uzm. Dr. Berna Aksoy, Özel Konak Hastanesi, Yenişehir Mah. Dönmez Sok. No: 53 İzmit, Kocaeli, Türkiye
Tel: +90 262 318 70 70 Faks: +90 262 311 55 44 e-posta: bmaksoy@mynet.com

Bu olgu 14-18 Ekim 2008 tarihlerinde Konya, Dedeman Otelde yapılan "22. Ulusal Dermatoloji Kongresi"nde e-poster olarak sunulmuştur.

doi:10.5152/tdd.2011.04

Aseptomatik olan bu lekeler 3 yıldır mevcuttu ve zamanla bir miktar yayılmıştı. Hastamızın genel sistemik sağlık durumu iyiydi ve bilinen herhangi bir hastalığı yoktu. Olgunun ailesinde benzer lezyon öyküsü bulunmamaktaydı. Dermatolojik muayenede sol ayak dışı, topuk arkası, dış malleol çevresi ve bacak alt 1/3 dış kısmında diaskopide tam solmayan, eritemli, makül ve yamalar tespit edildi (Şekil 1a, 1b). Kaposi sarkomu ve anjioma serpiginozum ön tanılarıyla sol topuktan *punch* biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokeratoz gösteren epidermis altında, papiller dermiste, düzensiz, dağınık yerleşim gösteren, ince duvarlı kapillerler izlendi (Şekil 2). Malinite yönünde herhangi bir bulguya rastlanmadı. Olguya bu histopatolojik bulgularla AS tanısı konuldu.

Tartışma

AS lezyonları hemen her zaman sporadik olarak görülür (1, 3, 7). Genelde belirgin klinik değişkenlik göstermesine rağmen AS lezyonları çoğunlukla asimetrik ve segmental paternde bazen de lineer ve Blaschko çizgilerine uyumlu yerleşim gösterir (2, 4, 6-9). Olgumuzda da AS lezyonları segmental olarak yerleşmişti. AS lezyonları bazen ailesel olabilir ve bu durumda lezyon dağılımı simetrik ve segmental değildir (3).

AS lezyonları olguların %90'ında, kadınlarda, 16 yaşından önce, çocukluk çağında başlar ve erişkin dönemde stabilize olur (2, 4, 6, 8, 10). Gebelik sırasında lezyonlar daha hızlı yayılır (6). Genellikle sistemik tutulum bulunmamaktadır ancak AS ile birlikte ilerleyen ekstrakutanöz oküler ve sinir sistemi vasküler tutulumu bildirilmiştir (4, 5). Olgumuzun lezyonları 20 yaşında ortaya çıkmıştı ve zamanla yayılmıştı.

AS patogenezi henüz tam olarak bilinmemektedir (6). Başlangıçta AS'nin seyri ve görüntüsü itibarıyla oluşumundaki temel hatanın peritelial destek dokusundaki zayıflık olduğu düşünülmüştür. Bunun asimetrik ve mozaik dağılımlı bir lokal defekt olduğu ve bu defekt sonucu bu bölgedeki damarlardaki hidrodinamik stres ile yavaş bir şekilde lezyonların ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Bu defektin de mezodermal vazoforatif dokularda bulunduğu düşünülmüştür (5). Daha sonraları AS'nin nevoid vasküler bir malformasyon ya da vasküler bir neoplazm olduğu öne sürülmüştür (6, 10). Hastalığın ergenlik döneminde başlayıp kadınlarda daha sık görülmesi nedeniyle östrojen bağımlı olduğu öne sürülmüş ancak damarlarda östrojen ve progesteron reseptörlerinin bulunmadığı gösterilmiştir (6, 10). AS lezyonlarının gelişiminde sürekli soğuk maruziyetinin de rol oynayabileceği öne sürülmektedir (6). AS'nin bir Norveçli ailede X-bağımlı dominant olarak aktarıldığı ve Blaschko çizgilerine uyumlu olarak yerleştiği gösterilmiştir (7). Bu bulgu AS'nin iyonizasyon (embriyolojik gelişim sırasında tüm somatik hücrelerde her iki X kromozomundan bir tanesinin rastgele şekilde inaktifleşmesi) sonucu gelişebileceğini desteklemektedir (2, 11). Sistematize ve segmental, ailesel tutulum olmayan AS'li olgularda bulunduğundan, kutanöz mozaizizm sonucu geliştiği de düşünülmektedir (2, 3).

Şekil 1 a-b. Sol ayak, ayak bileği ve bacak lateralde eritemli yama ve maküller görülmektedir

Şekil 2. Alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde papiller dermiste, düzensiz, dağınık yerleşim gösteren, ince duvarlı kapillerler izlenmektedir (H&E, X100)

AS ayırıcı tanısında basit purpura, anjiokeratoma korporis diffuzum ve anjiokeratoma sirkumskriptum neviforme, pigmente purpurik dermatozlar, Henoch-Schöenlein purpurası, nevus flammeus düşünülmelidir (4, 6). Biz yerleşim

yeri dolayısıyla olgumuzda Kaposi sarkomunu da ayırıcı tanıda düşünmüştük. Olgumuzun ayırıcı tanısında ayrıca jeneralize veya progresif esansiyel telenjektazi de düşünülebilir. Jeneralize esansiyel telenjektazi genellikle sporadik, orta yaşlı kadın hastalarda alt ekstremitelerden başlayan ve kaudal progresyon gösteren, simetrik, pembe veya kırmızı telenjektatik küçük noktalar veya dantelsi şekillerde görülür (12). Jeneralize esansiyel telenjektazide iç organ tutulumu yoktur ancak konjunktiva etkilenebilir (12). Olgumuzun ayırıcı tanısında ayrıca unilateral nevoid telenjektazi de düşünülmelidir (13). Unilateral nevoid telenjektazi konjenital veya edinsel gelişen, dermatomal veya Blaschko çizgilerine uyan dağılımda, unilateral yerleşimli telenjektazilerden oluşur (13). Tüm bu olasılıklar olgumuzun histopatolojik incelemesi ve tipik klinik özellikleri ile ekarte edildi.

Punktaların spontan gerilemesi görülebilir ve ender olarak da lezyonda kısmi veya tam gerileme de bildirilmiştir (4). Lezyonlar eğer geniş alanı tutarsa kozmetik olarak rahatsız edici olabilir (4). Günümüzde önerilen tedavi yöntemleri *pulsed dye* lazer ve *IPL* tedavisidir (9, 14). Olgumuza da vasküler amaçlı lazer ile tedavi önerildi.

AS ender görülen, yüzeysel kapillerleri tutan bir deri hastalığıdır. Olgumuzu ülkemiz literatüründe daha önce bildirilmeyen AS'un klinik ve histopatolojik özelliklerini vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Musco LA, Dowling GB. Two cases of angioma serpiginosum. Proc R Soc Med 1952;45:714-5.

2. Gerbig AW, Zala L, Hunziker T. Angioma serpiginosum, a skin change along Blaschko lines? Hautarzt 1995;46:847-9.
3. Chen WC, Liu T-J, Yang Y-C et al. Angioma serpiginosum arranged in a systematized segmental pattern suggesting mosaicism. Dermatology 2006;213:236-8.
4. Sandhu K, Gupta S. Angioma serpiginosum: report of two unusual cases. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19:127-8.
5. Gautier-Smith PC, Sanders MD, Sanderson KV. Ocular and nervous system involvement in angioma serpiginosum. Brit J Ophthal 1971;55:433-43.
6. Erbağcı Z, Erbağcı I, Erkiş S et al. Angioma serpiginosum with retinal involvement in a male: a possible aetiological role of continuous cold exposure. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004;18:238-9.
7. Blinkenberg EQ, Brendehaug A, Sandvik AK et al. Angioma serpiginosum with esophageal papillomatosis is an X-linked dominant condition that maps to Xp11.3-Xq12. Eur J Human Genetics 2007;15:543-7.
8. Al Hawsawi K, Al Aboud K, Al Aboud D, Al Githami A. Linear angioma serpiginosum. Pediatr Dermatol 2003;20:167-8.
9. Poenitz N, Koenen W, Utikal J et al. Angioma serpiginosum following the lines of Blaschko – an effective treatment with the IPL technology. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2006;4:650-3.
10. Erkek E, Bozdoğan Ö, Akarsu C ve ark. Absence of estrogen and progesterone receptors around the affected vessels of angioma serpiginosum. Am J Clin Dermatol 2006;7:383-6.
11. Polat M, Öztaş P, Tamer E et al. Blaschko çizgileri. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007;18:17-21.
12. Long D, Marshman G. Generalized essential telangiectasia. Austr J Dermatol 2004;45:67-9.
13. Karakaş M, Durdu M, Sönmezoğlu S et al. Unilateral nevoid telangiectasia. J Dermatol 2004;31:109-12.
14. İlknur T, Fetil E, Akarsu S, et al. Angioma serpiginosum: dermoscopy for diagnosis, pulsed dye laser for treatment. J Dermatol 2006;33:252-5.