

Dövme İlişkili Skar Sarkoidoz ve Panüveit

Tattoo-Associated Scar Sarcoidosis and Panuveitis

Ömer KARTI¹, Levent SAĞBAN¹, Tuncay KÜSBECİ²

ÖZ

Sarkoidoz etyolojisi bilinmeyen sistemik granümatöz bir hastalıktır. Deri belirtileri sistemik sarkoidozlu hastaların yaklaşık % 20-35'inde gelişir. Deri lezyonları sistemik hastalık olmadan da ortaya çıkabilir. Skar sarkoidoz cilt sarkoid'inin iyi bilinen bir formudur ve sıklıkla eritema nodosum hiler lenfadenopati ve üveit ile birliktelik göstermektedir. Bu çalışmada dövme kaynaklı skar sarkoidozu ile ilişkili bilateral panüveiti olan 35 yaşında erkek hasta sunuldu.

Anahtar kelimeler: Dövme, panüveit, skar sarkoidoz.

ABSTRACT

Sarcoidosis is a systemic granulomatous disorder of unknown aetiology. About 20–35 % of patients with systemic sarcoidosis develop cutaneous manifestations. Skin lesions can also occur in the absence of systemic disease. Scar sarcoidosis is a well-known manifestation of skin sarcoid and often associated with erythema nodosum, hilar lymphadenopathy and uveitis. In this study, A 35 year-old man with bilateral panuveitis associated with tattoo-induced scar sarcoidosis was presented.

Key words: Panuveitis, scar sarcoidosis, tattoo.

GİRİŞ

Sarkoidoz, non-kazeifiye epitelooid granülomlarla karakterize etiyolojisi bilinmeyen bir multisistem hastalıktır. ^{1,2} Sarkoidozda başlıca lenf nodu, akciğer, deri ve göz olmak üzere pek çok organ tutulumu görülebilmektedir. ³ Sistemik sarkoidozlu hastaların %20-35'inde deri bulguları gözlenmektedir. Bununla birlikte, deri lezyonları sistemik tutulum olmadan da ortaya çıkabilir ve görülme sıklığı ise % 5.4-13.8'dir. ^{4,5} Skar sarkoidoz ise deri sarkoidozunun iyi bilinen ve nadir görülen bir formudur. Cerrahi müdahale, enjeksiyon, dövme, venöz girişim gibi travmatik olaylara bağlı ortaya olarak çıkabilir ve hastalığın tek cilt bugusu olabilir. ⁶ Bu çalışmada dövmeyle ilişkili skar sarkoidozu olduğu düşünülen 35 yaşındaki sağlıklı bir erkek olguda gelişen bilateral panüveiti sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

35 yaşında erkek olgu her iki gözde görme azlığı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde bilinen sistemik hastalığı bulunmayan hastanın yapılan fizik bakışında sol kolda mavi, yeşil, kırmızı ve siyah renk tonlarında dövme mevcuttu (Resim 1 a). Dövmeyi 6 yıl önce yaptıran hastanın cildinde kızarıklık ve endurasyon saptanan hastanın yapılan detaylı göz muayenesinde düzeltilmiş en iyi görme keskinliği her iki gözde Snellen eşeli ile 2/10 düzeyindedi. Biyomikroskopi bakışında her iki gözde orta boy keratik presipitat, +3 tındal, ön vitrede +2 hücre ve sağ gözde arka subkapsüller katarakt mevcuttu. Göz içi basıncı sağ gözde 19 mmHg, sol gözde 18 mmHg idi. Göz dibi bakışında bilateral yoğun vitritis ve mid-periferde çok sayıda keskin sınırlı kororetinit odakları mevcuttu (Resim 1 b-e). Fundus floresan anjiyografide bilateral periferik vasküler sızdırma

1- Uz. Dr., İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları, İzmir - TÜRKİYE

2- Doç. Dr., İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları, İzmir - TÜRKİYE

Geliş Tarihi - Received: 21.07.2016

Kabul Tarihi - Accepted: 13.08.2016

Ret-Vit 2017;26:164-168

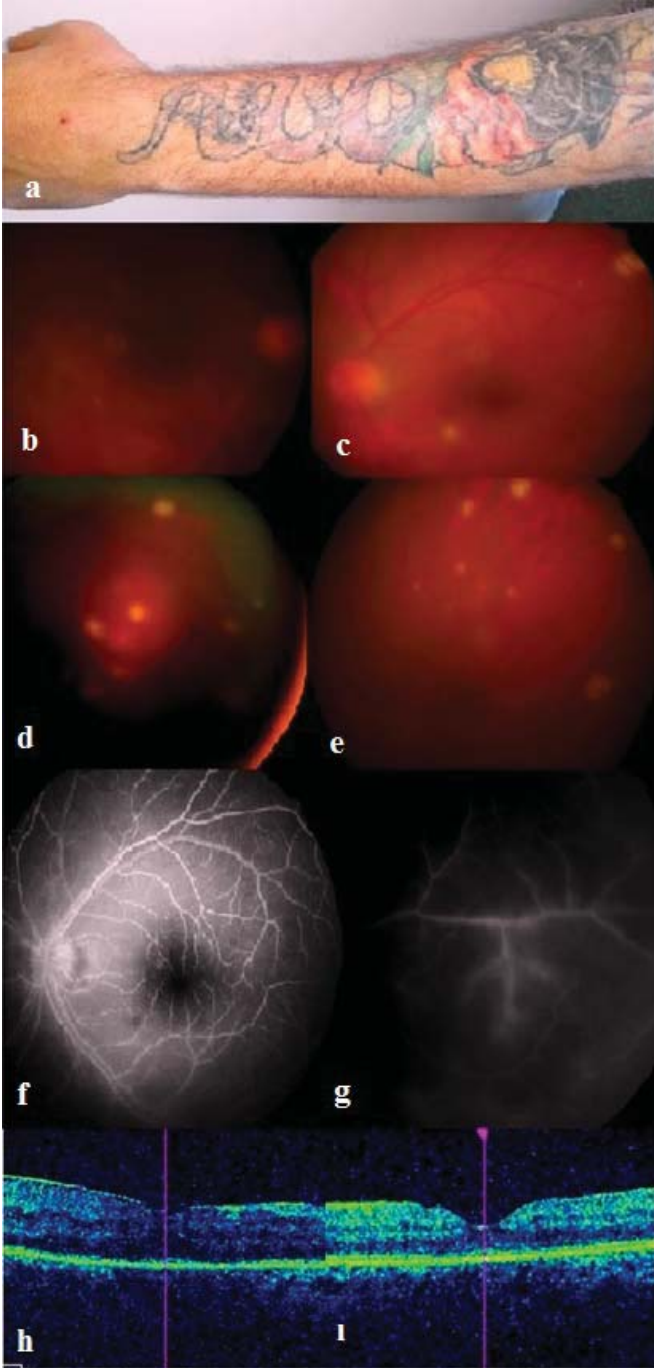
Yazışma Adresi / Correspondence Adress:

Ömer KARTI

İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları, İzmir - TÜRKİYE

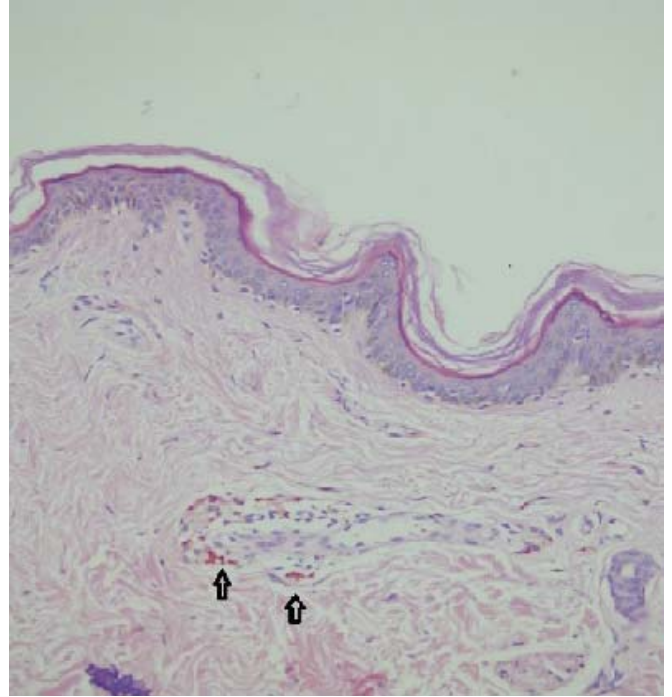
Phone: +90 505 598 5685

E-mail: omer.karti@deu.edu.tr



Resim 1. Olgu'nun sağ kolunda kırmızı, siyah, sarı ve yeşil renk tonlarında dövmesi (a) izleniyor. Renkli fundus fotoğrafında her iki gözde yoğun vitritis ve mid-periferde keskin sınırlı korioretinit odakları (b,c,d ve e) izleniyor. Dilate fundus floresan anjiyografi görüntülerinde lokal perivenöz boyanma ve periferik damarlarda yer yer sızıntılar (f,g) izleniyor. Optik koherans tomografide sağ gözde santral makula kalınlığında artma ve epiretinal membran izleniyor.

ve lokal perivenöz boyanma mevcuttu. (Resim 1 f ve g) Optik koherans tomografide (OKT) sağ gözde santral makula kalınlığında artma ve epiretinal membran saptandı (Resim 1 h ve i) Panüveit tablosu olan hastaya Lyme, sifiliz, sarkoidoz, Behçet Hastalığı, Mutipl skleroz, sistemik lupus eritematosus, tüberküloz, toksoplazma ve sifilize yönelik tetkikler

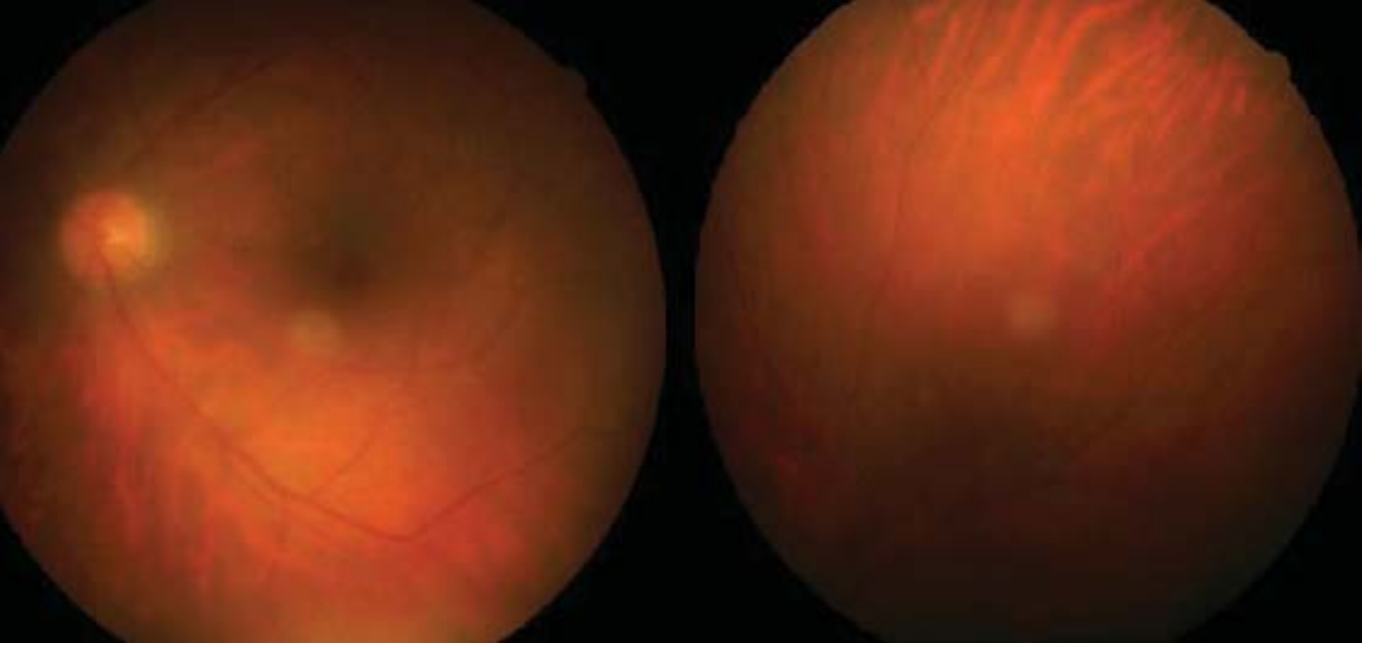


Resim 2. Dermiste kırmızı pigmente sahip dövme boyası (HEx100).

yapıldı. Hasta romatoloji, göğüs hastalıkları ve nöroloji ile konsülte edildi. Yapılan tetkikleri olağan saptanan hastaya yoğun topikal steroid ve sikloplejik damla başlandı. Tam kan sayımı, biyokimya, sedimantasyon, CRP ile ACE (angiotensin-converting enzim) düzeyleri normal sınırlarda saptanan hastanın akciğer grafisi ve toraks BT'sinde minimal parankim değişiklikleri saptandı ve sarkoidoz lehine değerlendirilmedi. Hastanın dövme olan kolundaki endurasyon olan alandan alınan cilt biyopsisinde dermiste kırmızı boya pigmentleri olduğu gözlemlendi. Ancak patolojisi granülomatöz enflamasyon lehine değerlendirilmedi. (Resim 2). Her ne kadar patolojide granülomatöz enflamasyon saptanmasada dövme bölgesindeki cilt endurasyonu ve panüveit birliğinden dolayı skar sarkoidozu lehine değerlendirildi. Topikal tedaviye yeterince yanıt vermeyen hastaya oral kortikosteroid tedavisinde eklendi. Sistemik ve topikal steroid tedavisi ile hastanın periferik korioretinit odakları ve diğer inflamasyon bulgularının gerilediği gözlemlendi (Resim 3).

TARTIŞMA

Skar sarkoidoz spesifik ancak sık görülmeyen sarkoidozun deri tutulum formlarındandır. İnsidansı ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Skar sarkoidozunun gelişmesi için hafif derecede deri zedelenmesinin bile yeterli olduğu literatürde belirtilmiştir.^{8,9} Skar sarkoidoz sıklıkla eritema nodosum, hiler lenfadenopati, üveit, kemik kistleri ve parotis büyümesi ile birliktelik göstermektedir ve izole skar sarkoidozu olan hastaların % 30'unda takipte sistemik tutulum gelişebileceği bildirilmiştir. Literatürde çok sayıda dövme ile



Resim 3. Olguda steroid tedavisi sonrasında inflamasyon bulgularının gerilediği izleniyor.

ilişkili skar sarkoidozu olguları bildirilmiştir.⁶⁻³⁸ Bu konuda en geniş olgu içeren çalışma Ostheimer ve arkadaşları'nın¹³ 7 vakalılık serisidir. Bu çalışmada vakaların ortak özelliği olarak özellikle siyah pigment içeren yaygın dövme olduğu rapor edilmiş ve dövme bölgesinde endurasyon saptandığı belirtilmiştir. Diğer taraftan literatürde siyah pigment dışında kırmızı, mavi, mor, yeşil ve kahverengi boya ile da cilt inflamasyonu vakaları bildirilmiştir.¹⁴⁻³⁸ Ayrıca çalışmalarda kırmızı pigment içeren boyanın ciltte hipersensitiviteye sebep olan en iritan boya olduğu rapor edilmiştir.²¹⁻²⁴ İlginç bir şekilde çalışmalarda dövme işleminin yapıldığı zamanda ciltte endurasyon ve kızarıklık olmadığı belirtilmektedir. Dövme yapılma zamanıyla hastaların cilt inflamasyonu ve şikayetlerinin ortaya çıkma zamanı arasındaki sürenin en erken 2 hafta²⁶ ve en geç 20 yıl³³ olduğu raporlanmıştır ve bu süre içinde herhangi bir zamanda skar sarkoidozunun gelişebileceği bildirilmiştir.⁷⁻⁴⁰

Hastalığın patofizyolojisi daha öncede belirtildiği gibi tam olarak bilinmemektedir. Ancak genetik olarak yatkın olan bireylerin çevresel tetikleyici bir antijene maruz kalması sonucunda meydana gelen ve T lenfositlerinin aracılık ettiği geçikmiş immun hipersensitivite reaksiyonunun neden olduğu hipotezi ortaya atılmıştır.^{19,20} Dolayısıyla geçikmiş hipersensitiviteye bağlı duyarlılaşma yabancı antijenin varlığı süresince haftalardan aylara denk geçen herhangi bir zaman içinde gerçekleşebilir. Psaltis ve arkadaşları³⁹ dövme süresiyle skar sarkoidozu ortaya çıkma süresi arasındaki bu fark için inflamasyonu başlatan bir tetikleyicinin varlığını düşündüklerini ifade etmiştir. Handler ve arkadaşları⁴⁰ olgu sunumuyla bunu desteklemiştir ve çalışmalarında 8 yıl önce dövme yapan bir olguya dövme olan ve mavi pigment içeren alana uygulanan ve thiomersal prezervanı içeren influenza

aşısından 1 hafta sonra skar sarkoidozu ortaya çıktığını raporlamıştır.³⁹

Literatürde dövmeyle bağlı skar sarkoidozu yayınları çok sayıda bulunmasına karşın skar sarkoidozu ile ilişkili üveit çalışmaları sınırlı sayıdadır. Dövme ilişkili üveit literatürde ilk olarak 1952 yılında Lubeck ve Erbstein tarafından dövme granülomu ve bilateral intraoküler inflamasyon birlikteliği olarak tanımlanmıştır.¹² Ostheimer ve arkadaşları¹³ 7 vakalılık serilerinde hastaların 5'inde non-granümatöz anterior üveit saptarken 2 hastada panüveit tablosu ile karşılaşmışlardır. Diğer çalışmalarda da skar sarkoidozuna bağlı bilateral anterior üveit,^{12,15,18} retinal vaskülit²⁸ ve panüveit^{15,16,21} raporlanmıştır.

Skar sarkoidozu tanısı histo-patolojik olarak dermiste yerleşim gösteren epitelioid histiosit, dev hücre ve mononükleer hücreleri içeren kazeifiye olmayan granülomların görülmesiyle konulmaktadır. Dövmeyle ilgili skar sarkoidozlarında granülomlarda dövmede kullanılan renk pigmentleri görülebilmektedir.¹³ Daha ilginç bir şekilde Hanada ve arkadaşları²¹ bilateral üveit, hiler lenfadenopatisi olan skar sarkoidozu olan vakada akciğer biopsisinde de dövmede kullanılan kırmızı pigment'e rastlamıştır. Ayrıca skar sarkoidozu olan hastalarda serum CRP, ACE ve lizozim düzeyi ile akciğer görüntülemesi (direkt grafi ve bilgisayar tomografisi) normal saptanabilmektedir. Bu durum sarkoidoz tanısını dışlamamalıdır.¹³

Sarkoidoz tedavisinde genel kabul gören bir tedavi algoritması ve tedavide kullanılan ilaçların uygun doz ve kullanım süresi ile ilgili tam bir fikir birliği yoktur. Sadece skar sarkoidozu olan olgularda topikal ve/veya intralezyonel steroidler fayda gösterebilir. Kortikosteroidler sistemik tutulum için ilk basamakta ve en yaygın kullanılan ajanlardır. Kullanıla-

çak steroid dozu konusunda tam bir fikir birliği olmamasına rağmen, günlük 20-40 mg prednizolon ile tedaviye başlanabilir. Tedavi sonrası semptomları kontrol altında tutacak en düşük doza kademeli olarak inmek hedeflenir. Önerilen steroid tedavi süresi ve doz azaltma yaklaşımlarında farklıdır. Bazı yazarlar tedavinin başlanmasından sonra 6 ay içinde steroid dozunun azaltılarak kesilmesini önerirken diğer yazarlar relaps riskine karşın tedavinin 1 yıl sürdürülmesi gerektiğini önermektedir.⁴¹⁻⁴⁵ Kortikosteroid tedavisi ile hastalık kontrol altına alınamıyorsa, steroid dozunun azaltılması aşamasında hastalık tekrar alevleniyorsa ve/veya steroide bağlı yan etkiler tolere edilemeyecek düzeyde olduğunda antimalaryal ajanlar (klorokin, hidroksiklorokin ve mepakrin), immunosupresan ajanlar (metotreksat, azatioprin, leflunomid, siklosporin ve mikofenolat mofetil), pentoksifilin ve minosiklin kullanılabilir. Tedaviye direçli daha ağır olgularda ise siklofosamid, anti-TNF ajanlar, rituksimab ve talidomid kullanımı bildirilmiştir.⁴⁶

Sonuç olarak dövme ilişkili skar sarkoidozu nadir görülen bir durumdur. Ancak yinede non-granüloamatöz veya granüloamatöz anterior, posterior ya da panüevit olgularında ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gereken bir klinik durumdur.

KAYNAKLAR / REFERENCES

- Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, Baughman R, Cordier JF, du Bois R, Eklund A, Kitaichi M, Lynch J, Rizzato G, Rose C, Selroos O, Semenzato G, Sharma OP. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 1999;16(2):149-73.
- L.S. Newman, C.S. Rose, L.A. Maier. Sarcoidosis N Engl J Med 1997;336:1224-1234.
- Lodha S, Sanchez M, Prystowsky S. Sarcoidosis of the skin: a review for the pulmonologist. Chest 2009;136(2):583-596.
- Odom RB, James WD, Berger TG. Sarcoidosis. Disease of The Skin, ninth edition. New York, WB Saunders, 2000, 896-904.
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Sarcoidosis. Dermatology, 2nd Edition. Berlin, Springer, 2000, 1380-1387.
- Chudomirova K, Velichkova L, Anavi B, Arnaudova M. Recurrent sarcoidosis in skin scars accompanying systemic sarcoidosis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003; 17: 360-1.
- Singal A, Thami GP, Goraya JS. Scar sarcoidosis in childhood: case report and review of the literature. Clin Exp Dermatol 2005;30: 244-246.
- Yesudian PD, Azurdia RM. Scar sarcoidosis following tattooing of the lips treated with mepacrine. Clin Exp Dermatol 2004; 29: 552-554.
- Dal Sacco D, Cozzani E, Parodi A, Rebora A. Scar sarcoidosis after hyaluronic acid injection. Int J Dermatol 2005 ;44:411-412.
- Kocak C, Yücel E, Namdar ND, Tak H. A case of scar sarcoidosis developing in an old scar area on the forehead. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat. 2015;24(3):61-3.
- Sharma S, Jha B, Guleria M, Jain N. Scar sarcoidosis: A rare entity diagnosed by fine-needle aspiration cytology. Diagn Cytopathol. 2015;43(5):438-9.
- Lubeck G, Epstein E. Complications of tattooing. Calif Med 1952;76(2):83-85.
- Ostheimer TA, Burkholder BM, Leung TG, Butler NJ, Dunn JP, Thorne JE. Tattoo-associated uveitis. Am J Ophthalmol. 2014;158(3):637-43.
- Rorsman H, Brehmer-Andersson E, Dahlquist I, et al. Tattoo granuloma and uveitis. Lancet 1969;294(7610):27-28.
- Barbarasi Z, Kiss E, Balaton G, Vajo Z. Cutaneous granuloma and uveitis caused by a tattoo. Wien Klin Wochenschr 2008;120(1-2):18.
- Saliba N, Owen ME, Beare N. Tattoo-associated uveitis. Eye 2010;24(8):1406.
- Anolik R, Mandal R, Franks A. Sarcoidal tattoo granuloma. Dermatol Online J 2010;16(11):19.
- Post J, Hull P. Tattoo reactions as a sign of sarcoidosis. CMAJ 2012;184(4):432.
- Marcoval J, Mana J, Moreno A, Gallego I, Fortuno Y, Peyri J. Foreign bodies in granulomatous cutaneous lesions of patients with systemic sarcoidosis. Arch Dermatol 2001;137(4):427-430.
- Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. N Engl J Med 2007;357(21):2153-2165.
- Hanada K, Chiyoya S, Katabira Y. Systemic sarcoidal reaction in tattoo. Clin Exp Dermatol. 1985;10:479-484.
- Sowden JM, Cartwright PH, Smith AG, et al. Sarcoidosis presenting with a granulomatous reaction confined to red tattoos. Clin Exp Dermatol. 1992;17:446-448.
- Cruz FAM, Lage D, Frige'rio RM, et al. Reactions to the different pigments in tattoos: a report of two cases. An Bras Dermatol. 2010;85:708-711.
- Mortimer NJ, Chave TA, Johnston GA. Red tattoo reactions. Clin Exp Dermatol. 2003;28:508-510.
- Wollina U, Gruner M, Scho'nlbe J. Granulomatous tattoo reaction and erythema nodosum in a young woman: common cause or coincidence? J Cosmet Dermatol. 2008;7: 84-88.
- Verdich J. Granulomatous reaction in a red tattoo. Acta Derm Venereol. 1981;61:176-177.
- Kluger N, Godene'che J, Vermeulen C. Granuloma annulare within the red dye of a tattoo. J Dermatol. 2012;39:191-193.
- Moschos MM, Guex-Crosier Y. Retinal vasculitis and cystoid macular edema after body tattooing: a case report. Klin Monbl Augenheilkd. 2004;221:424-426.
- Bagley MP, Schwartz RA, Lambert WC. Hyperplastic reaction developing within a tattoo: granulomatous tattoo reaction, probably to mercuric sulfide (cinnabar). Arch Dermatol. 1987;123:1557, 1560-1561.
- Tope WD, Arbiser JL, Duncan LM. Black tattoo reaction: the peacock's tale. J Am Acad Dermatol. 1996;35:477-479.
- McFadden N, Lyberg T, Hensten-Pettersen A. Aluminum-induced granulomas in a tattoo. J Am Acad Dermatol. 1989; 20:903-908.
- Schwartz RA, Mathias CG, Miller CH, et al. Granulomatous reaction to purple tattoo pigment. Contact Derm. 1987;16:198-202.
- Loewenthal LJ. Reactions in green tattoos: the significance of the valence state of chromium. Arch Dermatol. 1960;82: 237-243.
- Collins P, Evans AT, Gray W, Levison DA. Pulmonary sarcoidosis presenting as a granulomatous tattoo reaction. Br J Dermatol. 1994;130:658-662.
- Yoong C, Vun YY, Spelman L, Muir J. True blue football fan: tattoo reaction confined to blue pigment. Australas J Dermatol. 2010;51:21-22.

36. Haddad C, Webb FJ, Haddad-Lacle J. Delayed complication from a tattoo. *Am Fam Physician*. 2012;86:669–670.
37. Bachmeyer C, Blum L, Petitjean B, et al. Granulomatous tattoo reaction in a patient treated with etanercept. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:550–552.
38. Ali SM, Gilliam AC, Brodell RT. Sarcoidosis appearing in a tattoo. *J Cutan Med Surg*. 2008;12:43–48.
39. Psaltis NM, Gardner RG, Denton WJ. Systemic sarcoidosis and red dye granulomatous tattoo inflammation after influenza vaccination: a case report and review of literature. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014;22(4):314-21.
40. Handler M, Tonkovic-Capin V, Brewster S, et al. Granulomatous reaction confined to two blue-ink tattoos after H1N1 influenza vaccine. *J Vaccines Vaccin*. 1:108.
41. Kouba DJ, Mimouni D, Renci CA, Novsari HC. Mycophenolate mofetil may serve as a steroid-sparing agent for sarcoidosis. *Br J Dermatol* 2003;148:147-148.
42. Badgwell C, Rosen T. Cutaneous sarcoidosis therapy updated. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:69-83.
43. Statement on sarcoidosis. Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:736-55
44. Hunninghake GW, Gilbert S, Pueringer R, et al. Outcome of the treatment for sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149:893-8.
45. Winterbauer RH, Kirtland SH, Corley DE. Treatment with corticosteroids. *Clin Chest Med* 1997;18:843-51.
46. Lazar CA, Culver DA. Treatment of sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2010;31:501-18.