

# Nadir Görülen Bir Baş-Boyun Kitleesi "Akne Konglobata" Nedeni ile Foliküler Oklüzyon Triadlı Bir Olgu Sunumu

## A Rare Head and Neck Mass in a Case with Follicular Occlusion Triad: Acne Conglobata

\*Dr. Umut EROL, \*Dr. Mehmet HABEŞOĞLU, \*\*Dr. Tülay ERDEN HABEŞOĞLU

\* Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Erzurum  
\*\* Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, İstanbul

### ÖZET

Foliküler oklüzyon triadı, akne konglobata, hidradenitis suppurativa, disekan selülit ve pilonidal sinüs hastalıklarından üçünün bir arada görülmesi olarak tanımlanır. Semptomlardan dördünün bir arada görülmesi ise foliküler oklüzyon tetradı olarak adlandırılır. Akne konglobatanın genellikle baş boyunda yerleşmesi Kulak Burun Boğaz hekimlerinin, baş-boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında bu sendromu da akılda bulundurmasını gerektirmektedir. Akne konglobata ilk muayenede dermoid kist, brankial kist, tiroglossal kist ve diğer baş-boyun kitleleri ile rahatlıkla karışabilir. Bu yazımızda nadir görülen bir baş-boyun kitleesi olan akne konglobatanın klinik bulguları ve tedavisi tartışılmak üzere foliküler oklüzyon triadlı bir olgu sunuldu.

#### Anahtar Sözcükler

*Akne konglobata; baş-boyun kitleesi;  
foliküler oklüzyon; hidradenitis suppurativa*

### ABSTRACT

Follicular occlusion triad is defined as the combination of three of acne conglobata, suppurative hydradenitis, dissecting cellulites and pilonidal sinus. If four of these symptoms are encountered, it is called tetrad. Since acne conglobata is usually located in head and neck region, otorhinolaryngologists must keep in mind it in the differential diagnosis of head and neck masses. On the physical examination, acne conglobata, dermoid cyst, branchial cyst, thyroglossal cyst, and other head and neck masses can easily be confused. In this paper, we present one of the rare head and neck mass, acne conglobata, and discuss clinical signs and treatment of follicular occlusion triad.

#### Keywords

*Acne conglobata; head-neck mass;  
follicular occlusion; hidradenitis suppurativa*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 14.12.2010

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 26.04.2011

≈

Yazışma Adresi

**Dr. Mehmet HABEŞOĞLU**

Erzurum Mareşal Çakmak Asker Hastanesi,  
KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Erzurum  
E-posta: mhabesoglu@yahoo.com

## GİRİŞ

Foliküler oklüzyon triadı akne konglobata, hidradenitis suppurativa, disekan selülit ve pilonidal sinüs hastalıklarından üçünün bir arada görülmesi olarak tanımlanır. Semptomlardan dördünün bir arada görülmesi ise foliküler oklüzyon tetradı olarak adlandırılır.<sup>1,2</sup> Bu semptomlar nedeni ile hastalar ilk olarak Dermatoloji ve Genel Cerrahi polikliniklerine başvururlar. Bununla beraber nadiren de olsa foliküler oklüzyon triadlı olgular akne konglobatanın baş-boyunda lokalize olduğu durumlarda ilk olarak Kulak Burun Boğaz polikliniklerine başvurabilirler.

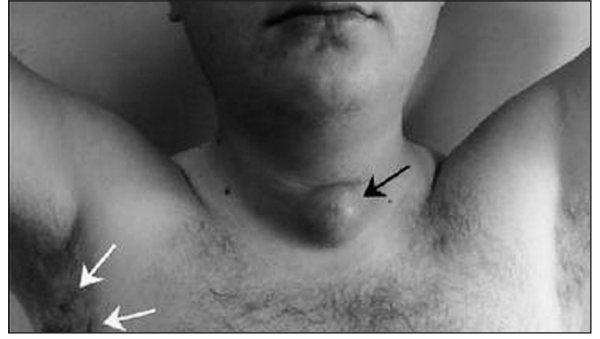
Akne konglobata folikülit, selülit, nodül veya sinüs traktüsleri ile karakterize kronik bir hastalıktır. Hidradenitis suppurativa genellikle aksiller bölgeyi tutan, foliküler epiteldeki defekte bağlı gözlenen, subdermal selülit, sinüs traktüsleri ve skatrisyel alanlarla karakterizedir. Disekan selülit ise skalp bölgesinde yaygın foliküler lezyonlar ve dermal selülit ile karakterize kronik bir hastalıktır.<sup>3</sup>

Akne konglobatanın baş boyunda yerleşebilmesi, Kulak Burun Boğaz hekimlerinin baş-boyun kitlelerini değerlendirirken bu sendromu ayırıcı tanılar arasında akılda bulundurmasını gerektirmektedir. Akne konglobata vücutta yaygın bir dağılım gösterdiğinde tanısı daha kolaydır. Bununla birlikte lokalize bir alanda, selülit zemininde, tek nodül veya tek bir fistül ağzı şeklinde olduğunda mutlaka dermoid kist, brankial kist veya tiroglossal kist ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Biz bu yazımızda boyun orta hattının hemen sağında, selülit zemininde yerleşmiş, fistül ağzı bulunan nodüler bir lezyonu ve bilateral aksiller bölge ile sakral bölgede lezyonları olan foliküler oklüzyon triadlı bir olguyu sunduk. Akne konglobatanın baş-boyun kitlelerinin ayırıcı tanısındaki yerini ve cerrahi tedavisini değerlendirdik.

## OLGU SUNUMU

On dokuz yaşında erkek hasta yaklaşık beş ay önce boynunda meydana gelen şişliğin çevresinde kızarıklık ve ağrı oluşması nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta, boynundaki şişlikten ara sıra akıntı ve kıl tanelerinin geldiğini ifade etti. Fizik muayenede boyun orta hattının hemen sağında hiperemik bir zeminde, 4 x 3 cm'lik sert, nodüler lezyon ve 0.5 mm'lik fistül ağzı tespit edildi (Resim 1). Hastanın diğer sistem muayenelerinde her iki



**Resim 1.** Boyunda 4 x 3 mm'lik, üzeri hiperemik, sinüs ağzı içeren sert-nodüler lezyon ve koltuk altında çok sayıda sinüs ağzı ve eski skatrisyel-nodüler lezyonlar.

koltuk altında çok sayıda fistül ağzı ile nodüler ve skatrisyel lezyonlar tespit edildi. Bunun üzerine hastanın öyküsü derinleştirildiğinde daha önce pilonidal sinüs ameliyatı olduğu öğrenildi. Bunların dışında diğer fizik muayeneleri doğaldı. Yapılan hemogram, sedimentasyon, CRP, sT3, sT4, TSH ve rutin biyokimya kan örnekleri doğal olarak değerlendirildi. Baş-boyun ultrasonografi raporu "boyun orta hatta cilt altında 4 x 3 cm'lik çevresinde inflamasyon gözlenen nodüler lezyon olarak geldi.

Bu bulgular ve yapılan literatür taramalarının ışığında, boyundaki lezyon akne konglobata, aksiller bölgedeki lezyonlar hidradenitis süpurativa ve sakral bölgedeki lezyon ise pilonidal sinüs olarak değerlendirildi. Hastaya foliküler oklüzyon triadı tanısı kondu.

Akne konglobataya yönelik klindamisin 600 mg, 2 x 1 on gün ve aynı süre zarfında topikal tetrasiklin tedavisi başlandı. Medikal tedaviden cevap alınamayan hastaya elektif şartlarda cerrahi uygulandı. Genel anestezi altında boyun orta hattın sağındaki fistül ağzı, çevresindeki fibrotik dokular ile beraber geniş olarak rezeke edildi.

Cerrahiye takip eden iki ayın sonunda hastanın baş-boyuna yönelik şikayetleri olmadı.

## TARTIŞMA

Akne konglobatanın da içinde yer aldığı, hidradenitis süpurativa, disekan selülit ve pilonoidal sinüsün beraber görüldüğü durum foliküler oklüzyon tetradı olarak değerlendirilir. Ancak literatürde bu dört semptomun birlikteliği akne inversa tetradı olarak da yer alır.<sup>4</sup> Bizim olgumuz ise semptomlarının içinde disekan selülit mevcut olmadığından foliküler oklüzyon triadı olarak tanımlandı.

Olgumuz boynundaki şişlik nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayeneden sonra dermoid kist, brankial kist, tiroglossal duktus kisti ve teratom ön tanı

ları ile değerlendirmeye alındı. Kulak Burun Boğaz hekimleri açısından nadir gözlenen akne konglobataya ise ilk değerlendirmede ön tanıları arasında yer verilmedi. Değerlendirme sırasında tespit edilen aksiller bölgedeki fistül ağızları ve nodüler-skatrisyel lezyonlar olgunun derin araştırılmasını anlamlı kıldı. Bunun üzerine hastanın daha önce pilonoidal sinüs operasyonu olduğunun da öğrenilmesi ile yapılan literatür taramalarında hastaya foliküler oklüzyon triadı tanısı kondu. Boyundaki lezyon ise akne konglobata ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Akne konglobata lokalize tek bir lezyon olduğunda inspeksiyon ve herhangi bir fizik muayene yöntemi ile dermoid kist, brankial kist, teratom ve kimi zaman tiroglossal duktus kisti ile ayırıcı tanısını yapmak mümkün değildir. Bununla beraber dikkatli bir şekilde alınan öykü ve tüm vücut fizik muayenesi ile kolayca saptanan hidradenitis suppurativa, disekan selülit veya pilonidal sinüs mevcudiyeti boyundaki kitlenin Akne konglobata ile uyumlu olabileceğini düşündürür. Akne konglobata vücuda yaygın olarak dağıldığında ise tanı, inspeksiyon ve lezyonların yüzeysel olabilmesi ile daha kolay konulur. Yardımcı görüntüleme teknikleri ise ayırıcı tanıya yeterli olmamakla beraber, baş-boyun ultrasonografisinde lezyonun cilde yakın oluşu tanıyı destekler bir bulgudur.

Akne konglobata, sıklıkla boyun ve yüz bölgesinde görülmekle beraber; sırt, karın, ve ekstremitelerde de yerleşebilir. Sıklıkla erişkin erkeklerde görülen nodül, selülit, abse ve sinüs traktüsleri ile karakterize bir hastalıktır.<sup>5</sup> Boyunda görüldüğü zaman kolaylıkla diğer baş-boyun kitleleri ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanının yapılabilmesi için diğer foliküler lezyonların araştırılması ve akılda bulundurulması gerekmektedir.

Tanı konduğunda uzun süreli sistemik antibiyotik ve yüksek doz kortikosteroid tedavisine rağmen lezyonlar genellikle skatris ile iyileşir. Medikal tedaviye cevap ver-

meyen olgularda ise radyoterapi veya cerrahi rezeksiyon gerekebilir. Akne konglobata baş-boyunda yaygın veya lokalize olarak bulunabilir. Lokalize tek bir Akne konglobata mevcudiyetinde öncelikle medikal tedavi, düzelme olmazsa cerrahi tedavi planlanabilir. Baş-boyunda yaygın olarak dağıldığında ise medikal tedavi sınırları zorlanmalıdır.<sup>6</sup> Medikal tedaviye dirençli vakalarda lazer, radyoterapi veya cerrahi uygulanabilir.<sup>7</sup> Literatürde akne konglobata tedavisinde uzun süreli ve yüksek doz izotretinoin kullanımıyla ilgili makaleler mevcuttur.<sup>8</sup> Yaygın lokalizasyonlarda dağılım gösteren akne konglobatanın tedavisinde uzun süreli antibiyotik ve kortikosteroid tedavisi önerilmektedir.<sup>5</sup> Bununla beraber tek bir lokalizasyonda ise cerrahi sonuçlar yüz güldürücü olabilmektedir.

Bizim olgumuzda tek bir lokalize alanda fistül ağızı içeren nodüler lezyon mevcuttu. Biz olgumuzda 10 gün süre uyguladığımız geniş spektrumlu antibiyotik tedavisini takiben cerrahi rezeksiyon uyguladık. Postoperatif 2 ayın sonunda hastamızda nüks olmadı. Hastanın boyundaki lezyonuna yönelik hiç bir şikayeti kalmadı.

## SONUÇ

Akne konglobatanın içinde yer aldığı foliküler oklüzyon triadı nadir görülen bir durumdur. Akne konglobata baş-boyun bölgesinde lokalize tek bir sinüs traktüsü veya üzeri hiperemik nodüler bir lezyon olarak yerleştiğinde baş-boyundaki diğer kitleler ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bunun için vücudun farklı bölgelerindeki foliküler lezyonlar ve sinüs traktüsleri sorgulanmalıdır.

Akne konglobata baş-boyunda yaygın olarak dağıldığında uzun süreli medikal tedavi ile, izole tek bir lezyon olarak bulunduğu ise kısa süreli medikal tedaviyi takiben cerrahi ile başarılı olarak tedavi edilebilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Chicarilli ZN. Follicular occlusion triad: hidradenitis suppurativa, acne conglobata, and dissecting cellulitis of the scalp. *Ann Plast Surg* 1987; 18(3): 230-7.
2. Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Brethnach SM, eds. *Textbook of dermatology*. 6<sup>th</sup> ed. Milan: Blackwell Science Ltd; 1998. p. 1097-179.
3. Highet AS, Warren RE, Weekes AJ. Bacteriology and antibiotic treatment of perineal suppurative hidradenitis. *Arch Dermatol*. 1988; 124(7): 1047-51.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Diseases of sebaceous glands. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, eds. *Dermatology*. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer Verlag; 2000. p.1051-81.
5. Kırçival D, Tüzün B, Korkut C. Folliküler oklüzyon triadı olan bir olgu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2004; 24(3): 291-4.
6. Myers JN, Mason AR, Gillespie LK, Salkey KS. Treatment of acne conglobata with modern external beam radiation. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62(5): 861-3.
7. Sarıfakıoğlu N, Aslan G, Terzioğlu A, Atas L. A new surgical treatment of acne conglobata (bucket-handle flap). *Eur J Plast Sur* 2003; 26(1): 38-41.
8. Boer J, Van Gemert MJ. Long-term results isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40(1): 73-6.