



OLGU BİLDİRİSİ

İdyopatik Unilateral Fasiyal Hiperhidrozis

Yard. Doç. Dr. Mustafa Aksoy,¹ Doç. Dr. Yavuz Yeşilova,² Yard. Doç. Dr. Mehtap Kocatürk,³
Yard. Doç. Dr.Özcan Kocatürk,³

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Şanlıurfa,

²Özel Lokman Hekim Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Van

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Aksoy Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Şanlıurfa
E-posta: :derma63@gmail.com

Özet

İdyopatik Unilateral Fasiyal Hiperhidrozis

Lokalize unilateral hiperhidrozis (LUH) vücudun bir tarafında ter bezlerinin aşırı çalışması sonucu görülen bir deri hastalığıdır. Oldukça nadir rastlanan bu hastalığın primer (idiyopatik) ve sekonder (malignensi, travma vs) nedenleri bulunmaktadır. Bu makalede, yüzün sağ tarafında aşırı terlemesi olan ve idiyopatik LUH hastalığı tanısı konulan bir erkek olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lokalize, unilateral, hiperhidrozis.

Aksoy M, Yeşilova Y, Kocatürk M, Kocatürk Ö. İdyopatik Unilateral Fasiyal Hiperhidrozis. Dermatoz 2018; 9 (2): dermatoz18092o3

Abstract

Idiopathic Unilateral Facial Hyperhidrosis

Localised unilateral hyperhidrosis (LUH) is a skin disease seen as a result of overactive sweat glands on one side of the body. This extremely rarely seen disease has primary (idiopathic) or secondary (malignancy, trauma etc) causes. The case is here presented of a male patient with excessive sweating on the right side of the face, who was diagnosed with idiopathic LUH disease.

Keywords: Localised, unilateral, hyperhidrosis.

Giriş

Terleme, vücudun ter bezlerinden dışarı tuzlu bir sıvının salgılanmasıdır. Terleme ile hem vücuda toksik olan maddeler atılır, hem de vücut soğutulur. Ter bezlerinin aşırı çalışması hiperhidrozis olarak bilinmekte olup, bu durum ciddi sosyal problemlere ve yaşam kalitesinde belirgin azalmaya neden olur (1). Vücudun tek taraflı terlemesi çok nadirdir ve lokalize unilateral hiperhidrozis (LUH) olarak bilinmektedir (2). LUH'un etiolojisinde malignensi (3) nörolojik hastalıklar (4) ve travma (5) gibi nedenler düşünülmekte olup, idiyopatik (6) olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu makalede idiyopatik LUH hastalığı tanısı konulan 38 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır.

Olgu

Otuz altı yaşında erkek hasta, sekiz aydır yüzünün sağ tarafında tek taraflı aşırı terleme şikayeti ile kliniğimize baş-

vurdu. Terleme dışında herhangi bir yakınması (yüzde kızarma ve ağrı gibi) olmayan hastanın ailesinde benzer bulguları olan kimse bulunmamakta idi. Hikayesinde terleme öncesi emosyonel stres, cerrahi ameliyat ve travma gibi nedenler yoktu. Terlemesinin sıcak ortamlarda başlayıp ortam sıcaklığı sürdükçe devam ettiğini tarif eden hastanın, serin ve soğuk ortamlarda terleme şikayeti olmamakta imiş.

Dermatolojik muayene, fizik muayene, göz muayenesi ve nörolojik muayeneleri normaldi. Uygulanan iyot nişasta testinde, hastanın yüzünün sağ tarafında terlemede belirgin artış saptandı (**Resim 1**). Laboratuvar testlerinde herhangi bir anormallik yoktu. Beyin manyetik rezonans tetkiki normaldi. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgular varlığında hastaya idiyopatik LUH hastalığı tanısı konuldu.

Tartışma

LUH ilk olarak 1947 yılında bildirilmiştir (7). Etiyolojik açıdan primer (esansiyel, idiyopatik) ve sekonder olmak üzere iki gruba ayrılır. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekte olup LUH'un otonom sinir sisteminin disregülasyonu sonucu oluştuğu dü-



Resim 1. İyot nişasta testi (Yüzün sağ yarısında terlemenin fazla olduğu alanlar morumsu renk alırken sol yarısında terlemenin normal olduğu alanlarda ren değişikliği saptanmadı)

şünülmektedir (8). Spinal kord yaralanmaları (9) nörolojik hastalıklar (4,10) mezotelyoma gibi intratörasik tümörler (3) ve travma (5) gibi nedenler etiopatogenezinde düşünülmektedir. Sıklıkla üst ekstremitelerde ve alında ısı artışı ile beraber görülür. Bazen terleme öncesinde emosyonel veya gustatuar sebepler bulunur (2). Olgumuz, terlemeye sebep olabilecek herhangi bir neden saptanamadığından dolayı idiyopatik LUH olarak değerlendirildi.

LUH sıklıkla üst ekstremiteler veya yüzde görülür. İyot nişasta testi tanısında altın standarttır. Özellikle lokalize hiperhidroz vakalarında uygulanması kolay, basit ve risksiz bir tanı yöntemidir (2, 11). Ayırıcı tanıda özellikle Frey sendromu ve Holmes-Adie sendromu düşünülmelidir.

Frey sendromu ilk olarak Polonyalı nörolog Lucie Frey tarafından, 1923 yılında tanımlanmıştır. Temporal alanda güçlü bir tükürük üretimini takiben terleme, flushing ve nadiren de ağrı mevcuttur. Frey sendromu etiopatogenezinde hasarlanmış aksonların abartılı rejenerasyonu suçlanmıştır. En sık parotis ameliyatları sonrası görülürken, submandibuler gland eksizyonu, forseps ile obstetrik travma sonrası, diyabette otonomik nöropati, herpes zoster enfeksiyonu, metabolik hastalıklar ve kemoterapötik ajanlara bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (12,13). Hastamızın anamnez bilgileri ve klinik bulguları Frey sendromu ile uyumlu değildi.

Holmes-Adie sendromu unilateral pupil dilatasyonu ve derin tendon reflekslerinin kaybı ile karakterize-

dir (14). Hastamızın göz ve nörolojik muayeneleri normaldi.

LUH hastalığının tam remisyonla sonuçlanan bir tedavisi bulunmamaktadır. Alüminyum hidrokloridli lokal tedaviler, iyontoforez, botulinum toksin tip A uygulaması, ter bezlerinin lokal rezeksiyonu ve endoskopik sempatektomi LUH için önerilen tedavilerdir. Botulinum toksin tip A enjeksiyonları bu durum için etkili yeni bir tedavi modalitesi sunabilir. Kalıcı etkiye sempatektomi benzeri invaziv teknikler yolu ile ulaşılabilir ancak, sıklıkla etkili olmalarına rağmen invaziv cerrahi seçeneklerin olası komplikasyonlarından dolayı kullanımları sınırlıdır (2,15).

Sonuç

LUH hastalığı ender olarak görülen bir hastalıktır. Altta yatan herhangi bir etiyolojik nedenin varlığı açısından muayene ve gerekli tetkikler mutlaka yapılmalıdır. Lokalize unilateral hiperhidrozis zamanla ciddi sosyal problemlere neden olabileceğinden dolayı hastalara gerekli psikososyal destek de verilmelidir.

Kaynaklar

1. Amir M, Arish A, Weinstein Y, Pfeffer M, Levy Y. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hyperhidrosis (excessive sweating): preliminary results. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000; 37: 25–31.

2. Kreyden OP, Schmid-Grendelmeier P, Burg G. Idiopathic localized unilateral hyperhidrosis: case report of successful treatment with botulinum toxin type A and review of the literature. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1622-1625.
3. Lee WY, Greenstone M. Unilateral hyperhidrosis in malignant mesothelioma. *Am J Med Sci* 2011; 342: 332.
4. Van de Kerkhof PC, den Arend JA, Bousema MT, Stolz E. Localized unilateral hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 1987; 117: 779-782
5. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, ve ark. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 274-86.
6. Ghali FE, Fine JD. Idiopathic localized unilateral hyperhidrosis in a child. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 25-28.
7. Baskan EB, Karli N, Baykara M, Cikman S, Tunali S. Localized unilateral hyperhidrosis and neurofibromatosis type 1: case report of a new association. *Dermatology* 2005; 211: 286-289
8. Sanli H, Ekmekci P, Akbostanci MC. Idiopathic localized crossed (left side of the upper part of the body, right side of the lower part of the body) hyperhidrosis: successful treatment of facial area with botulinum toxin injection. *Dermatol Surg* 2004; 30: 552-554.
9. Gorman PH. Unilateral hyperhidrosis from a contralateral source in an individual with C4 complete tetraplegia. *J Spinal Cord Med* 2010; 33: 428-430.
10. Labar DR, Mohr JP, Nichols FT, 3rd, Tatemichi TK. Unilateral hyperhidrosis after cerebral infarction. *Neurology* 1988; 38: 1679-1682.
11. Aşık ZS, Orbey BC, Aşık I. Sympathetic radiofrequency neurolysis for unilateral lumbar hyperhidrosis: a case report. *Agri*. 2008; 20: 37-39.
12. Rustemeyer J, Eufinger H, Bremerich A. The incidence of Frey's syndrome. *J Craniomaxillofac Surg* 2008; 36: 34-37.
13. Kamath RA, Bharani S, Prabhakar S. Frey's syndrome consequent to an unusual pattern of temporomandibular joint dislocation: case report with review of its incidence and etiology. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr* 2013; 6: 1-8.
14. Coskun BK, Saral Y, Belirgen S, Oztürk P. Idiopathic unilateral hyperhidrosis with Holmes-Adie syndrome: case report. *J Dermatol*. 2004; 31: 473-476.
15. Baskan EB, Karli N, Baykara M, Cikman S, Tunali S. Localized unilateral hyperhidrosis and neurofibromatosis type 1: case report of a new association. *Dermatology*. 2005; 211: 286-289.