

Eritrodermi: 50 Hastanın Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Erythroderma: Retrospective Evaluation of 50 Patients

Esra Adışen, Özge Keseroğlu, Mehmet Ali Gürer
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Çalışmamızda amacımız kliniğimizde izlenen 50 eritrodermili olgunun klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgularını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız 2001-2006 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Kliniği'nde yatırılarak tedavi edilen 50 eritrodermili hastayı kapsayan retrospektif bir çalışmaydı. Hastaların klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları kaydedildi.

Bulgular: Eritrodermili olgular kliniğimizde aynı dönemde yatırılarak izlenen olguların %1.5'i idi. Yaşları 20-79 arasında (55.7 ± 15.7) değişen olguların 26'sı erkek, 24'ü kadındı. Olguların %46'sında etiyojini deri hastalıkları, %16'sında ilaçlar, %12'sinde malignitelerdi, %26'sında ise sebep belirlenemedi. Kaşıntı en sık eşlik eden semptomdu (%56). Bunu tırnak distrofileri (%40), ateş (%28) ve palmoplantar hiperkeratoz/deskuamasyon (%28) izlemekteydi.

Sonuç: Eritrodermili olgularımızda klinik görünüm etiyojiden bağımsız olarak benzerdi. Çalışmamız klinik, laboratuvar ve erken dönem histopatolojik bulguların eritrodermi etiyojisini belirlemeye yardımcı olmayabileceğini göstermektedir. Sebebin belirlenemediği olgular veya tekrarlayan eritrodermilerde kutanöz T hücreli lenfomanın dışlanması için hastanın izlenmesi ve multipl biyopsiler alınması gerekmektedir. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 6-10*)

Anahtar kelimeler: Eritrodermi, ilaçlar, mikozis fungoides, psoriasis, tedavi

Summary

Objective: The aim of this study was to evaluate the clinical, laboratory and histopathological findings of 50 patients with erythroderma that were treated in our clinic.

Method: This study was retrospective, including 50 erythrodermic patients, hospitalized between 2001 and 2006 in inpatient clinic of Gazi University, Faculty of Medicine, Department of Dermatology. Patient information including clinical, laboratory and histopathologic findings were recorded.

Results: The frequency of erythroderma in our clinic was 1.5% of all patients hospitalized during this period. There were 26 males and 24 females: patients aged between 20 and 79 years (mean, 55.7 ± 15.7 years). The underlying causes included dermatological disorders in 46%, drugs in 16%, malignancies in 12% and was undetermined in 26% of the patients. Psoriasis was the most common cause of the disease amongst the dermatologic disorders. Pruritus was the most common finding (56%), followed by nail dystrophies (40%), fever (28%), and palmoplantar hyperkeratosis/desquamation (20%).

Conclusion: The clinical features of erythroderma in our patients were identical, irrespective of the etiology. Our study demonstrated that clinical, laboratory and histopathological findings in early phase erythroderma may not be helpful in determining the etiology. In patients with idiopathic or recurrent erythroderma, they should be followed up and multipl biopsies should be performed to exclude cutaneous T-cell lymphoma. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 6-10*)

Key words: Erythroderma, drugs, mycosis fungoides, psoriasis, treatment

Giriş

Eritrodermi, ilk kez 1868 yılında Hebra tarafından tanımlanan vücudun %90'nından fazlasının eritem ve skuam ile kaplı olduğu inflamatuvar bir hastalıktır (1). Dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar içinde sıklığı 35/100.000'dir (2). Eritrodermi, iktiyoziform eritrodermiye olduğu gibi herediter veya ilaçlar, maliniteler ve bazı deri hastalıklarının seyri içinde olduğu gibi edinsel bir hastalık olarak karşımıza çıkabilir. Eritrodermi genel olarak etiolojide rol alan faktörlere göre süregelen deri hastalıkları, ilaçlar, malinitelerden kaynaklanan eritrodermi ve idiyopatik olmak üzere dört grupta değerlendirilir (1,3,4).

Eritrodermiye neden olan faktörlerin çeşitliliğine karşın klinik görünüm yaygın eritem ve deskuamasyondan ibarettir. Bu nedenle klinik bulgulara dayanılarak etioloji her zaman anlaşılamaz. Ancak erken dönemlerde altta yatan hastalığın tipik lezyonları bulunabilir. Eritrodermiye katabolik durum ve bazal metabolizma hızının artması metabolik bozukluklara, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği gibi sistemik komplikasyonlara neden olabilir. Eritroderminin seyri etiolojisiyle doğrudan ilişkilidir (1,3,4).

Çalışmamızda kliniğimizde izlenen 50 eritrodermi olgusunun klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulguları geriye dönük olarak değerlendirilmekte ve literatürdeki diğer serilerle karşılaştırılmaktadır.

Yöntemler

Çalışmaya 2001-2006 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Dermatoloji Servisi'nde yatırılarak tedavi edilen 50 eritrodermi hasta alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, kullandıkları ilaçlar, eritrodermi süresi, fiziki muayene ve dermatolojik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, uygu-

Tablo 1. Eritrodermi hastalarımızda tetikleyici faktörler

Etiyoloji	Hasta sayısı (%)
Deri hastalıkları	23 (%46)
Psoriasis vulgaris	15
Püstüller psoriasis	3
Egzamalar (Atopik egzama, fotokontakt egzama, kontakt egzama)	3
Liken planus	1
Pitriyazis rubra pilaris	1
İlaçlar	8 (%16)
Antiepileptikler (fenitoin, karbamazepin)	4
Allopurinol, kontrast madde, sulbaktam-ampisillin, siprofloksasin	4
Maliniteler	6 (%12)
Mikozis fungoides	5
Kronik lenfositik lösemi	1
İdiyopatik	13 (%26)

lan tedaviler ve klinik seyirleri ile ilgili bilgiler hastaların dosyalarından ve çıkış özetlerinden temin edildi.

Dosya ve çıkış özeti bilgilerinden tüm hastalarda tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, hepatit belirteçleri, akciğer grafisi, eritrosit sedimentasyon hızı istendiği öğrenildi. Bazı olgularda ise özgün bulgu ve belirtilere yönelik periferik yayma, C-reaktif protein (CRP), romatoid faktör (RF), protein elektroforezi, otoantikolar, tiroid fonksiyon testleri, batin ultrasonografisi, gaytada gizli kan, tümör belirteçleri, batin ve göğüs bilgisayarlı tomografileri, kolonoskopi ve sigmoidoskopi, lenf nodu biyopsisi, T hücre gen reorganizasyonu, kemik iliği biyopsisi gibi tetkikler yapılmıştı. Biyopsi ile tanı almış bir deri hastalığı bulunan olgularda eritrodermik dönemde biyopsi alınmamış, toplam 13 olgudan ise biyopsi alınmıştı.

Bulgular

Çalışmamızda eritrodermik olgular aynı dönemde servisinde yatan tüm hastaların %1.5'ini oluşturmaktaydı. Yaşları 20-79 arasında (55.7±15.7) değişen 50 eritrodermi hastasının 26'sı erkek, 24'ü kadındı. Özgeçmiş özelliklerinde hastaların %60'ında en az bir sistemik bir hastalık bulunuyordu. Olgularımızın etiyojilerinde tespit ettiğimiz faktörler Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmektedir. Deri hastalıkları içinde psoriasis, maliniteler içinde mikozis fungoides (MF), ilaçlar içinde karbamazepin ve fenitoin en sık belirlenen etiyojilerdi.

Hastaların %16'sı 40 yaş altında [liken planus (n=1), pitriyazis rubra pilaris (n=1), ilaç (n=6)]; %36'sı 40-60 yaş arasında [egzamalar (n=3), psoriasis (n=8), idiyopatik (n=7)]; %48'i ise 60 yaş üzerindeydi [psoriasis (n=10), ilaç (n=2), malinite (n=6), idiyopatik (n=6)]. Özgeçmiş özelliklerinde hastaların %60'ında en az bir sistemik bir hastalık bulunuyordu. Bu hastalıklar, 20'sinde hipertansiyon, 11'inde diyabet, dördünde kardiyolojik hastalıklar, üçünde hipotiroidi, birinde menenjiom ve birinde multipl myelom şeklindeydi.

Olguların 43'ü (%86) ilk eritrodermi atağında, üçü (%6) ikinci atağında, ikisi (%4) üçüncü atağında, biri (%2) dördüncü atağında yatırılmıştı. İki kez eritrodermi atağı tarifleyen olgulardan biri püstüller psoriasis, biri psoriasis vulgaris diğeri ise MF'ti. Üç eritrodermi atağı olan olgulardan ikisi psoriasis vulgarisli biri MF'liydi, dört eritrodermi atağı olan olgu ise idiyopatik gruptaydı.

Hastalık süresi 2-365 gün arasında değişmekteydi ve olguların %50'si hastalığın ilk ayı içinde hastaneye başvurmuşlardı. İlaç öyküsü olan veya dermatitli olguların tamamında başvuru süresi 7-10 gün; psoriasis vulgaris (n=14), idiyopatik (n=5), MF (n=5) ve pitriyazis rubra pilarisli (n=1) olgularda ise bir aydan uzundu. Psoriasisli hastalarda psoriasisin başlaması ile eritrodermi gelişmesi arasındaki süre 2-45 yıl (18.3±13.6) idi. MF'li hastalarda ise bu süre 6 ay-20 yıl (5.9±8 yıl) idi.

Biyopsi tanısı bulunan MF ve psoriasisli olgular ile graft versus host hastalığı (GVHH) ile takip edilen bir olguda eritrodermik dönemde biyopsi alınmamıştı. Eritrodermi sırasında biyopsi alınan 13 olgunun altısı kronik dermatit, biri pit-

riyazis rubra pilaris, ikisi subakut dermatit, ikisi psoriasis vulgaris, biri yüzeysel perivasküler infiltrasyon, biri lösemik deri infiltrasyonu olarak rapor edilmişti.

Olguların semptomları, klinik muayene ve laboratuvar bulguları Tablo 2'de gösterilmektedir. Kaşıntı ve ateş (>38°C) en sık yakınmaydı. Etiyolojilerinden bağımsız olarak tüm hastalarda klinik görünüm benzerdi. Fizik muayene bulgularında lenfadenopati dört MF'li hastada saptanmıştı. Bu olgulardan birinde inguinal ve arka servikal, ikisinde inguinal, birinde inguinal ve aksiller lenfadenopati tespit edilmişti. Üç hastada lenf nodu biyopsileri dermatopatik lenfadenopati şeklinde raporlanmıştı, bir olguda T hücre gen reorganizasyonu pozitif. Bu olguda periferik yaymada Sezary hücreleri, lenfositöz ve atipik lenfosit izlenmemişti. Lenfadenopatisi olan MF'li bir olgu ise sepsis ve eşlik eden metabolik bozukluklar nedeniyle kaybedilmişti. Sadece bu olgumuzda hepatomegali tespit edilmişti.

Laboratuvar bulgularında bozukluk olan hastalar genel olarak 40 yaş üstünde ve etiyojileri MF, GVHH, psoriasis, püstüler psoriasis ve idiyopatik olarak kaydedilen hastalardı. Bu bozukluklar üç olgu dışında tedavi ve takip sırasında gerilemiş veya düzelmişti. Bu üç olgudan biri sepsis ve metabolik bozukluklar nedeniyle kaybedilmiş, biri GVHH'li, diğeri ise kronik lenfositik lösemi (KLL) tanısı ile hematoloji

Tablo 2. Eritrodermik olgularımızın semptomları, klinik bulguları ve laboratuvar bozuklukları

Bulgular	Hasta sayısı
Kaşıntı	28
Ateş	14
Palmoplantar hiperkeratoz/deskuamasyon	10
Bacak ödemi	4
Yüz ödemi	2
Distrofik tırnak değişiklikleri	20
Skrotal ödem	5
Mukoza tutulumu	2
Lenfadenopati	4
Anemi (hb<12g/dL)	21
Beyaz küre yüksekliği (>10.000/mm ³)	18
Eritrosit sedimentasyon yüksekliği (>30 mm/saat)	15
Hiponatremi (<130 mmol/L)	4
Hipopotasemi (<3.5 mmol/L)	4
Total protein düşüklüğü (<6.4 g/dL)	23
Hipoalbuminemi (<3.5 g/dL)	10
Hipokalsemi (<8.2 g/dL)	4
Serum transaminazlarında yükseklik (>40 U/L)	11
Alkalen fosfataz yüksekliği (>141 U/L)	5
Laktat dehidrogenaz yüksekliği (>243 U/L)	19
Gama glutamil transferaz yüksekliği (>50 U/L)	15
BUN, kreatinin yüksekliği (>25mg/dL, >1.5 mg/dL)	9
Ürik asit yüksekliği (>7.2 mg/dL)	10

bölümüne devredilmişti. Bu son olguda lökositöz ve periferik yaymada atipik lenfositler izlenmişti. Lökositöz tespit edilen diğer olgularda periferik yaymalar doğaldı. Anemi tespit edilen 21 olgudan altısında demir eksikliği anemisi, dördünde ise kronik hastalık anemisi tanıları konulmuştu. Bu olgulardan 14'ü psoriasisli, dördü MF'li, ikisi idiyopatik, biri ise atopik dermatitli olgu idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik ve elektrolit düzeylerinde bozukluk olan eritrodermik olgular sistemik hastalıkları bulunan MF ve psoriasis hastalarıydı.

Hastalar etiyojik faktörlere yönelik tedaviler almıştı. Etiyojisinde ilaç ya da egzama rol oynayan ya da idiyopatik olgular sistemik steroid, psoriasisli veya MF'li olgular mevcut tedavilerinin yeniden düzenlenmesi ya da tedavilerine sistemik steroid ya da sistemik kemoterapötiklerin eklenmesi ile kontrol altına alınmıştı. Kümülatif doza ulaşılması (metotreksat), ilacın tolere edilememesi (kontrendikasyon, organ toksitesi, yan etkiler) veya tedaviye direnç nedeniyle konvansiyonel antipsoriatiklerin kullanılmadığı üç psoriatik eritrodermiden (biri püstüler psoriasis, ikisi psoriasis vulgaris) birinde infliksimab (5 mg/kg), birinde ekstrakorporeal fotoferez + sistemik steroidler, birinde ise asitretin (25 mg/gün) + etanersept (50 mg/hafta) kullanılmıştı. Akut GVHH'nin eritrodermik fazında olan hastamız ekstrakorporeal fotoferez, sistemik steroid ve talidomid tedavisinden faydalanmıştı.

Tartışma

Eritrodermi erkeklerde ve 41-61 yaş arasında sıklıkla (4,11). Hastalarımızı cinsiyet ve yaşları da bu verileri desteklemektedir. Ülkemizden bildirilen üç yayında; Şentürk ve arkadaşları (6) 10 yılda 45, Zindancı ve arkadaşları (7) 11 yılda 59, Bükülmez ve arkadaşları (5) ise 16 yılda 38 hastayı değerlendirmişlerdi. Çalışmamızda 2001-2006 yılları arasında takip ettiğimiz hasta sayımız daha kısa süreye (6 yıl) rağmen daha yüksekti.

Erişkinlerde eritrodermi nedenleri arasında ilk sırada deri hastalıkları, bunlar içinde de psoriasis vardır. Çocukluk döneminde ise psoriasis ilaçlardan sonra ikinci sırada yer alır (4). Eritrodermik hastalarda süregelen dermatozlar %32-74.4, ilaçlar %14-42, maliniteler %8-21 oranında tespit edilmişlerdir. Olguların %6.7-47'sinde ise etiyojisi belirlenememektedir (2,5-8,10-16) (Tablo 3). Tablo 3'de de gösterilen geriye dönük serilerde süregelen dermatozlar ve psoriasis bütünü serilerde en sık etiyojik neden olduğu dikkat çekmektedir. Yine bu yayınlarda idiyopatik olgu sayısının seriler içinde büyük değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bizim serimizde de %20 oranında etiyojisi belirlenememiştir.

Eritrodermik olgularımızın %36'sının etiyojisinde psoriasis yer alıyordu. Psoriasisli hastalarımızda eritrodermiye neden olan durumlar arasında PUVA yanığı, signolin tedavisi, ilaçların düzensiz kullanılması ya da kesilmesi ve stres gibi psikolojik faktörler yer alıyordu. Psoriasisde eritroderminin diğer tetikleyicileri arasında topikal/sistemik steroidlerin ve metotreksatın aniden kesilmesi, antimalaryaller, lityum, terbinafin gibi ilaçların kullanılması, enfeksiyonlar ve gebelik

yer almaktadır (3). Boyd ve arkadaşları (17), psoriasisde eritroderminin ortalama 48 yaşında ortaya çıktığını, psoriasisin başlangıcı ile eritrodermi gelişmesi arasında ortalama 14 yıllık bir süre bulunduğunu belirtmişlerdir. Tamamı 40 yaş üzerinde olan psoriatik eritrodermili hastalarımız için bu süre ortalama 18.3 yıldır.

Eritrodermiye neden olan pitriyazis rubra pilaris, kontakt dermatit ve atopik dermatite ek olarak liken planus da olgularımızın etiolojisinde yer alıyordu. Klasik olarak eritrodermiye ilerleyebildiğini bildiğimiz bu hastalık yayınlarda nadiren tariflenmişti (11).

Eugster ve arkadaşları (18), eritrodermi sebebi olarak malinite tespit edilen yedi olgunun beşinde süregelen bir deri hastalığı olduğunu bildirmişler ve süregelen bir deri hastalığı olan eritrodermik hastalarda da eritrodermiye sebep olabilecek tüm faktörlerin gözden geçirilmesi gerektiğine dikkat çekmişlerdir. Bizim serimizde de süregelen deri hastalığı bulunanlar ayrıntılı olarak tetkik edilmiş ve olası eritrodermi nedenleri araştırılmıştır. Bu olgularda süregelen deri hastalığı dışında herhangi bir faktör tespit edilmemiştir.

Eritrodermiye neden olan ilaçlar, aralarında antiepileptikler, sülfonamidler, antibiyotikler, allopurinol, ACE inhibitörleri, altın tuzları ve penisilin bulduğu oldukça uzun bir liste oluştururlar (1,3,4). Olgularımızda antiepileptikler ilk sırada yer alan ilaçlardı.

Eritrodermi %1 oranında iç organ malinitelerine eşlik eder. Bu hastalarda eritrodermi ileri yaşlarda ortaya çıkar, tedaviye dirençlidir ve sıklıkla tekrarlar. Benzer şekilde etiyojisini malinite olarak belirlediğimiz tüm olgularımız 60 yaşın üzerindeydi, ikisinde de tekrarlayıcı özellik göstermişti. Kutanoz T hücreli lenfoma eritrodermiye başlayabilir ya da daha sık olarak hastalığın seyirinde ortaya çıkar (4). Bizim serimizde ortalama 5.8 yıldır MF tanısı bulunan olguların tamamında eritrodermi hastalığın seyirinde ortaya çıkmıştı. Literatürde kolon, akciğer, prostat, tiroid, larinks ve özefagus kanserleri ile ilişkili olgular bildirilmiştir. Lösemiler de eritrodermiye neden olabilir (3). Bir olgumuz eritrodermi etiyojisi araştırılırken histopatoloji ve laboratuvar bulgularıyla KLL tanısı aldı.

İdiyopatik kabul edilen eritrodermik hastaların en azından bir kısmının gözden kaçan, unutulmuş bir ilaçtan veya bir deri hastalığından kaynaklanabileceği pek çok yayında belirtilmektedir (3,4,6,7). Geriye dönük iki çalışmada idiyopatik olguların premalin fazda olabileceği, uzun süreler sonunda kutanoz T hücreli lenfoma gelişebileceği belirtilmekte ve biyopsilerle takip edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (4,9,14,15,19). Çalışmamızda ise 14 ay içinde dört eritrodermi atağı geliştiren bir olgumuzun her atağında biyopsi alınmış ve histopatolojik olarak kronik dermatit bulguları izlenmiştir.

İlaç, lenfoma, lösemi, kontakt dermatit, Stafilokokal Haşlanmış Deri Sendromu'nda eritrodermi hızlı seyir gösterir. Süregelen bir dermatozdan kaynaklanan eritrodermi ise daha yavaş seyirlidir (1,3,4). Çalışmamızda da ilaç ve egzama etiyojili olgularda hastalık süresinin kısa (7-10 gün), MF ve psoriasislilerde ise hastalık süresinin uzun (30-365 gün) olduğu belirlenmiştir.

Eritroderminin etiyojiden bağımsız olarak klinik görünümü tüm hastalarda benzerdir. Akut dönemde eritem ve deskuamasyon belirgin, skuamlar büyüktür, kronik dönemde ise skuamlar küçüktür. Eritrodermide normal deri alanları genellikle pitriyazis rubra pilaris ve psoriasisde görülür. Bu bulgunun iktiyoz, pemfigus foliaceus, sarkoidoz, MF ve idiyopatik eritrodermilerde bulunabildiği bildirilmektedir (10). Bazı çalışmalarda tüm hastalarda tariflenen kaşıntı (4,8) olgularımızın yarısından fazlasında vardı. Tırnak değişiklikleri en sık tespit edilen klinik bulguydu. Bu bulgumuz diğer çalışmalarda da belirtildiği üzere (6,7,10,11) psoriasisin en sık etiyojik faktör olması ile ilişkilidir.

Eritrodermide histopatolojik bulgular altta yatan hastalığa bağlı olarak değişir. Olguların yaklaşık üçte birinde biyopsiler özgün bir tanı konmasını sağlayamaz. Özgün bir deri hastalığı bulunanların çoğunda da histopatolojik bulgular tanı için yeterli değildir. Bunun en önemli sebebi hastalığa ait karakteristik bulguların, eritroderminin özgün olmayan bulguları içinde maskelenmesidir. Bu nedenle de çok sayıda biyopsiler alınmalıdır (3). Bununla birlikte Zindancı ve arkadaşları (7), ça-

Tablo 3. Eritrodermi etiyojisi ile ilgili literatürler

Yazar –Yayın yılı	Etiyojisi (%)				
	Hasta sayısı	Süregelen dermatoz	İlaç	Malinite	İdiyopatik
Abraham 1963 (12)	101	32	14	8	47
Nicolis 1973 (13)	135	25	42	21	12
Hasan 1983 (8)	50	42	22	4	32
King 1986 (14)	82	30	34	20	16
Sehgal 1986 (2)	80	32.5	25	-	22.5
Botella Estrada 1994 (15)	56	62.5	16	12.5	9
Bükülmez 1999 (5)	38	42.1	18.4	5.3	34.3
Pal 1998 (10)	90	74.4	5.5	5.5	14.6
Şentürk 2003 (6)	45	53.3	22.2	4.4	20
Rym 2005 (11)	80	72.5	11.2	8.7	7.5
Zindancı 2005 (7)	59	59.3	27.1	6.7	6.7
Akhyani 2005 (16)	97	57.9	21.6	11.3	7.6
Serimiz	50	46	16	12	26

Işmalarında klinik ve histolojik tanıları arasında %83 oranında uyum tespit etmişler ve MF dışındaki hastalıklara bağlı eritrodermilerde de histopatolojik bulguların tanısal değeri olabileceğini göstermişlerdir. Çalışmamızda histopatolojik bulgular altı olguda psoriasis vulgaris, pitriyazis rubra pilaris, egzama ve KLL tanılarının konulmasını sağlamıştır.

Hastalık vücut metabolizmasında büyük değişiklikler yapar. Derinin kan akımının artması hipotermiye neden olur. Kompensasyon için bazal metabolizma hızı artar. Skuamlarla proteinler kaybedilir, plazma volümü artarak hemodilüsyona ve şiddetli ödeme neden olur. Yüksek çıkışlı kardiyak yetmezlik herhangi bir aşamada ortaya çıkabilir (4). Zamanla bazal metabolizma hızı artar, katabolik aktivite nedeniyle de hızlı bir şekilde kilo kaybı başlar. Olgularımızda saptadığımız, anemi, lökositoz, eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği, hipoproteinemi, kreatinin yüksekliği, total protein düşüklüğü eritrodermide sıklıkla bildirilen bulgulardır (1,3,11).

Eritrodermi tedavisinde ilk olarak tetikleyici faktörün elimine edilmesi, vücut hemodinamiğinin korunması, enfeksiyonların önlenmesi amaçlanır. Hasta metabolik yönden sağlam hale geldikten sonra alta yatan hastalık araştırılır. Oral antihistaminikler, yaş pansumanlar, nemlendiriciler, topikal steroidler ve yara örtüleri ile destekleyici lokal bakım ve gerekli olgularda antibiyotikler önerilir. Proteinler, elektrolitler, üre düzeyleri yakın olarak takip edilmelidir. Etiyolojinin belirlenmesi bu aşamadan sonra tedavinin şekillenmesi için önemlidir. Alta yatan hastalığa yönelik tedaviler kullanılır. Kutanöz T hücreli lenfoma dışlanmadan immünsüpresif ajanlar önerilmemelidir. Psoriatik eritrodermide ise sistemik steroidleri tek başına kullanmaktan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır (3,4). Psoriasisli olgularımızda tedavi kullandıkları ilaçların dozlarının artırılması ya da sistemik steroid eklenmesi, dirençli iki olguda ise ekstrakorporeal fotoforez, infliksimab, etanersept ve asitretil kombinasyonları ile yapılmıştı. MF eritrodermileri ise ekstrakorporeal fotoforez, sistemik kemoterapötikler (fludarabin, siklofosfamid), sistemik steroid, PUVA ile tedavi edildiler. İlaç eritrodermilerinin tedavi yanıtı diğer eritrodermilerden daha iyidir (1,3,4), sekiz olgumuzda hastalık sistemik steroid tedavisi ile kısa sürede kontrol altına alınmıştı.

Eritroderminin prognozu alta yatan durumla ilişkilidir. İlaçlarla tetiklenenler genellikle iyi prognozludur, tedaviye hızlı yanıt verirler (6-8). Eritrodermik psoriasis tedavisiyle birkaç hafta-ay içinde geriler ancak %15 oranında rekürrens görülür. Malinitelerle ilişkili olanlar sıklıkla tedaviye dirençlidir ve büyük oranda rekürrens görülür. İdiyopatik eritrodermide ise prognoz değişkendir. Üçte birinde tam iyileşme ve sonrasında tam remisyona sağlanırken, yaklaşık yarısında kısmi iyileşme olur ve değişik oranlarda nüks görülür (19).

Eritrodermi özellikle ileri yaşlarda yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Literatürde 1963-1986 yılları arasında bildirilen yayınlarda mortalite oranı %18-64'lere ulaşmaktadır (2,12,13). Ölüm nedeni çoğunlukla sekonder enfeksiyonlar, kardiyak yetmezlikler, sepsis ve metabolik bozukluklardır (12,13). Rym ve arkadaşlarının (11), 2005 yılındaki yayınlarında ise mortalite oranı %4'ün altındadır ve malinitelerle ilişkili eritrodermili olgularda bildirilmektedir. Çalışmamızda olguların yarısından fazlasında eşlik eden sistemik bir hastalık ve bu nedenle ilaç kullanımını olduğu halde sadece bir MF'li olgu takibimiz altında iken sepsisten ve organ yetmezliğinden kaybedildi.

Eritrodermi acil müdahale gerektiren dermatolojik hastalıklardan biridir. Bu hastalarda ilk olarak vücut hemodinamiği sağlanmalı ve destekleyici lokal tedaviler önerilmeli daha sonra etiyoloji detaylı olarak araştırılmalıdır. Klinik bulgular, laboratuvar bulguları ve erken dönem biyopsiler tanıya yardımcı olmayabilir. Deri hastalığı ya da ilaç öyküsü bulunan olgularda tanı nispeten kolaydır. Sebebin belirlenemediği olgularda ve tekrarlayan eritrodermilerde kutanöz T hücreli lenfomanın dışlanması için biyopsiler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Jih MH, Kimyai Asadi A, Freedberg IM. Exfoliative dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Kustz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003; 436-9.
2. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis: a prospective study of 80 patients. *Dermatologica* 1986;173: 278-84.
3. Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". *Clin Dermatol* 2005;23: 206-7.
4. Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. *Int J Dermatol* 2004;43: 39-47.
5. Bükülmez G, Özkaya Ö, Karaduman A ve ark. Eritrodermi: Klinik ve histopatolojik özellikleri. *Türkderm* 1999;33: 230-4.
6. Şentürk N, Aksoy L, Aydın F ve ark. Eritrodermi: 45 Hastanın klinik bulgularını içeren retrospektif bir çalışma. *T Klin Dermatoloji* 2003;13:16-9.
7. Zindancı İ, Kavala Z, Zemheri E ve ark. Eritrodermi: 59 olgunun klinikopatolojik retrospektif değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005;25: 525-9.
8. Hasan T, Jansen CT. Erythroderma: a follow-up of fifty cases. *J Am Acad Dermatol* 1983;8: 836-40.
9. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, et al. Erythroderma: a clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996;35: 53-7.
10. Pal S, Haroon TS. Erythroderma: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol* 1998;37: 104-7.
11. Rym BM, Mourad M, Bechir Z, et al. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44 :731-5.
12. Abrahams I, McCarthy JT, Sanders SL. 101 cases exfoliative dermatitis. *Arch Dermatol* 1963;87: 96-101.
13. Nicolis GD, Helwig EB. Exfoliative dermatitis: a clinicopathologic study of 135 cases. *Arch Dermatol* 1973;108:788-97.
14. King Jr LE, Dufresne Jr RG, Lovett GL, et al. Erythroderma: review of 82 cases. *South Med J* 1986;79: 1210-5.
15. Botella-Estrada R, Sanmartin O, Oliver V, et al. Erythroderma: a clinicopathological study of 56 cases. *Arch Dermatol* 1994;130:1503-7.
16. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol* 2005;9: 5-5.
17. Boyd AS, Menter A. Erythrodermic psoriasis: precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;21: 985-91.
18. Eugster R, Kissling S, Brand CU. Clinical aspects and etiology of erythroderma: an analysis of 64 cases. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2001;90: 1449-54.
19. Sigurdsson V, Toonstra J, van Vloten WA. Idiopathic erythroderma: a follow-up study of 28 patients. *Dermatology* 1997;194: 98-101.