

Setrizine Yanıt Veren Bir Eozinofilik Selülit Olgusu A Case of Cetirizine Responsive Eosinophilic Cellulitis

Işıl Deniz Oğuz¹, Pelin Hızlı¹, Müzeyyen Gönül¹, Ülker Gül¹, Özge Han²

Sayın Editör;

Eozinofilik selülit (Wells sendromu) patogenezi tam olarak bilinmeyen, tekrarlayıcı, nadir görülen, selim bir inflamatuvar dermatozdur (1). Bakteriyel selülit, kontakt dermatit, ürtiker, ilaç erüpsiyonu gibi sık görülen dermatozlarla klinik olarak karışabildiği için tanısında zorluk yaşanabilmektedir (2). Hastalığın tedavisinde en sık sistemik steroidler kullanılmaktadır. Ancak nüsk eden hastalarda uzun süre steroid kullanımını azaltmak için alternatif tedavi seçeneklerine ihtiyaç vardır (2). Olgumuzu eozinofilik selülitin seyrek görülmesi, tanısının zor olması ve setrizine iyi yanıt vermesi nedeniyle sunmaya değer bulduk.

Elli yaşında bayan olgu polikliniğimize kollarında 1.5 aydan beri devam eden kaşıntılı, kırmızı lezyonlar ile başvurdu. Hipotiroidi nedeniyle levotroksin sodyum kullanımı dışında, özgeçmişinde başka hastalık, ilaç kullanım ve böcek ısırığı öyküsü yoktu. Soygeçmiş ve fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Dermatolojik muayenede her iki ön kol ve el sırtında 1-5 cm arası boyutlarda, üzerinde hafif ısı artışı olan, eritemli, düzensiz sınırlı ödematöz görünümde birkaç adet anüler plak gözlemlendi (Resim 1). Olgunun laboratuvar incelemelerinde IgE düzeyi 156 IU/mL (0-100 IU/mL) idi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Lezyondan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; yüzeyinde hafif ortokeratozis gözlenen epidermis altında, yüzeysel ve derin dermiste damar çevresinde yoğunlaşan yer yer interstisyel olarak da izlenen lenfositler ve çok sayıda eozinofil içeren inflamatuvar hücre infiltrasyonu izlendi. Dermiste bazı alanlarda eozinofillerin ve nükleer debrisin kollajen lifler arasında yoğunlaşarak "alev figürü" benzeri morfoloji oluşturduğu gözlemlendi (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya eozinofilik selülit tanısı konuldu. Oral setrizin tedavisi başlanan hastanın takibinde lezyonlarında tam düzelleme gözlemlendi.

Eozinofilik selülit ilk kez 1971 de Wells tarafından "eozinofili ile seyreden tekrarlayıcı granülatöz dermatit" olarak tanımlanmıştır (1, 2). Her yaşta görülmekle beraber daha çok erişkinlerde bildirilmiştir (2, 3). Etyopatogenezi tam olarak açık olmamakla birlikte bazı faktörler suçlanmaktadır. Böcek ısırıklarının bazı hastalarda hastalığın başlamasında ve tekrarlamasında tetikleyici faktör olabileceği öne sürülmüştür (1). Bazı olgularda bakteriyel enfeksiyonlar, viral enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler ve ilaç kullanımı ile ilişkisi bildirilmiştir (1, 2, 4). Etyopatogeninde

rol oynayabileceği düşünülen ilaçlar; penisilin, tetrasiklin, anti-kolinerjik ajanlar, anestezipler, non steroid antiinflamatuvarlar, TNF alfa antagonistleri ve bazı aşılar (2, 4, 5). Olgumuzda lezyonları tetikleyebilecek böcek ısırığı öyküsü yoktu. Klinik ve laboratuvar tetkiklerinde enfeksiyon ve hematolojik malignite lehine bulgu gözlemlenmedi. Hastamız levotroksin sodyum kullanmaktaydı. Ancak hastanın bu ilacı yıllardır kullanması ve ilacın kesilmemesine rağmen lezyonlarının iyileşmesi nedeniyle levotroksin sodyumun eozinofilik selüliti tetiklediğini söylemek güçtür. Literatürde de levotroksin sodyum ve tiroid hastalıkları ile ilişkili bildirilmiş eozinofilik selülit olgusuna rastlanmadı.

Eozinofilik selülitte lezyonlar en sık ekstremitelerde ve gövdede görülür (2). Deride bir veya birden fazla eritemli ödemli plağın izlendiği "akut selülit benzeri evre", eritemli lezyonun merkezinden yavaş yavaş iyileşmenin gözlemlendiği ve lezyonun mavi-gri renk aldığı "granülatöz evre" ve soluk, atrofik görünümde lezyonların olduğu ve giderek kaybolduğu "iyileşme evresi" olmak üzere üç klinik evresi vardır (2). Lezyonlara bazen vezikül ve büle eşlik edebilir (1, 2). Bizim hastamızda da üst ekstremitelerde birkaç adet anüler görünümde ısı artışı olan, pruritik eritemli ödemli plak mevcuttu.

Histopatolojik olarak akut evrede dermiste ödem ve eozinofil infiltrasyonu, subakut evrede dermiste kollajen liflerini örten eozino-



Resim 1. Her iki ön kol ve el sırtında, eritemli, düzensiz sınırlı ödematöz görünümde birkaç adet anüler plak

XX. Prof. Dr. A. Lütü Tat Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.

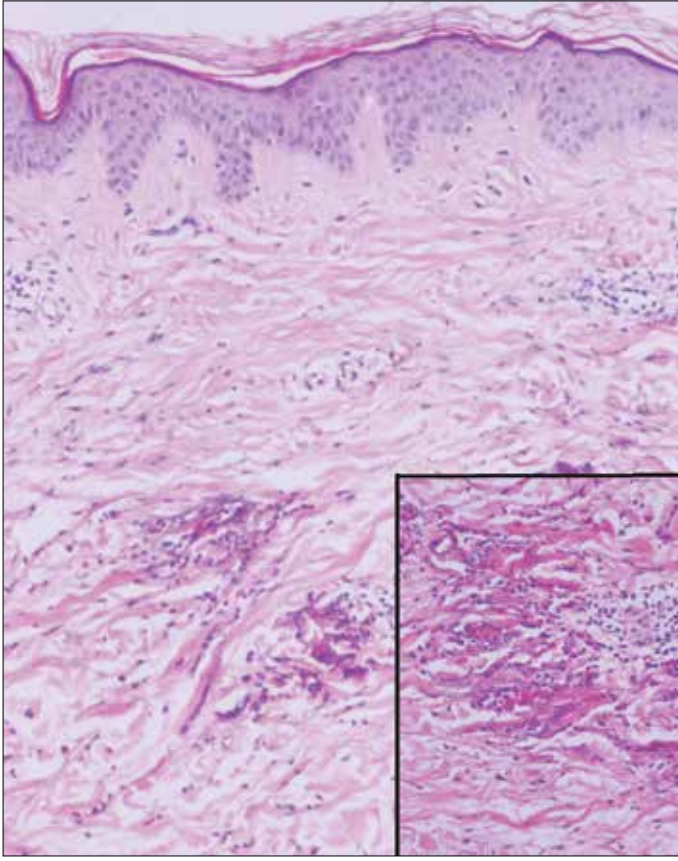
¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi Correspondence

Işıl Deniz Oğuz
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 508 40 00
E-posta: isildenizoguz@yahoo.com.tr

©Telif Hakkı 2012
Türk Dermatoloji Derneği
Makale metnine www.turkdermatolojidergisi.com web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2012
by Turkish Society of Dermatology - Available on-line at www.turkdermatolojidergisi.com



Resim 2. Dermiste “alev figürler” ve dağınık olarak izlenen eozinofiller (hematoksilen&eozin ile boyanmış, sağdaki resim x100 büyütme, sol alttaki resim x 400 büyütme)

nofilik materyalin oluşturduğu alev figürleri, iyileşme evresinde ise alev figürlerinin çevresinde palizat yapan histiositler gözlenir (1).

Tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik kortikosteroidler, dapson ve siklosporin bulunmaktadır (1, 2, 4). Bunun dışında PUVA tedavisi ve rekombinant interferon- γ tedavisi ile uzun süreli remisyon bildirilmiştir (2). Antihistaminiklerin bu hastalıkta etkin olmadığı bildirilmesine rağmen setrizinin grubu antihistaminiklerin eozinofil ve nötrofil kemotaksisini inhibe etme özelliğinden faydalanılarak bu hastalıkta kullanılabileceği düşünülmektedir (2, 3). Literatürde setrizin ile tedavi edilmiş sadece bir olgu bulunmaktadır (3). Bizim olgumuzda da setrizin ile lezyonlarda gerileme gözlemlendi ve 10 aylık takibinde yeni atak saptanmadı.

Sonuç olarak eozinofilik selülit nadir görülen ve birçok dermatolojik hastalığa benzediği için tanısı zor olan bir hastalıktır. Bu nedenle tekrarlayan eritemli, ödemli selülit benzeri pruritik plakları olan hastalarda eozinofilik selülit de akla gelmelidir. Setrizin, yan etkisinin az olması ve iyi tolere edilebilmesi nedeniyle bu olgularda iyi bir tedavi seçeneği olabilir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Gandhi RK, Coloe J, Peters S, et al. Wells Syndrome (eosinophilic cellulitis) a clinical imitator of bacterial cellulitis. *J Clin Aesthet Dermatol* 2011;4:55-7.
2. Seçkin D, Demirhan B, Oğuz Güleç T, et al. [A case of eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome)]. *T Klin Dermatoloji* 1999;9:90-4.
3. Aroni K, Aivaliotis M, Liossi A, et al. Eosinophilic cellulitis in a child successfully treated with cetirizine. *Acta Derm Venereol* 1999;79:332. [\[CrossRef\]](#)
4. Sezgin AÖ, Erçal HE, Karaaslan IK, ve ark. Eozinofilik sellülit: on bir yaşında erkek olgu. *Turk J Dermatol* 2010;4:40-3. [\[CrossRef\]](#)
5. Boura P, Sarantopoulos A, Lefaki I, et al. Eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome) as a cutaneous reaction to the administration of adalimumab. *Ann Rheum Dis* 2006;65:839-40. [\[CrossRef\]](#)